

Três Casos de Inovação Curricular no Panorama Recente (1964-1988) da Educação Médica Brasileira: Subsídios de um Retrospecto Baseado na Revisão De Documentos

Three Cases of Curricular Innovation in the Recent Perspective (1964-1988) of the Brazilian Medical Education: an Appraisal of a Retrospect Based on the Review of Documents

Dejano T. Sobral¹

PALAVRAS-CHAVE

- Inovação;
- Currículo;
- Escolas Médicas;
- Educação Médica.

KEYWORDS

- Organizational Innovation;
- Curriculum;
- Medical Schools;
- Medical Education.

Recebido em: 10/06/2014

Aprovado em: 31/07/2014

RESUMO

No intervalo de uma década (1966-1975), três escolas médicas — nas universidades de Brasília (UnB), São Paulo (USP) e Minas Gerais (UFMG) — estabeleceram novos currículos a fim de preparar médicos com potencial ampliado no trato de necessidades de saúde no cenário comunitário. As três escolas diferiam entre si no contexto geopolítico, na totalidade de recursos e na experiência de vida. Embora suas propostas tivessem traços em comum, cada qual definiu de forma peculiar os elementos da organização programática, dos enfoques estratégicos e da gestão do processo curricular, os quais se expressaram diferentemente na característica global de orientação comunitária, bem como no impacto de seus efeitos na formação dos médicos e no sistema de saúde. Este relato reúne informações documentais referenciadas e algumas ilações sobre os elementos básicos da inovação curricular e seus efeitos, nos três casos.

ABSTRACT

Along a decade (1966-1975), three medical schools — belonging to the University of Brasilia (UnB), University of São Paulo (USP) and University of Minas Gerais (UFMG) — established new curricula, aiming at the education of physicians with a broader capacity to deal with the health needs of the community. The three schools differed between them in their amount of resources, life experience and geopolitical factors. Although their proposals shared common features, each one peculiarly developed the elements of the program organization, the strategical approaches and the management of the curricular processes — which displayed differently in the key component of community orientation, as well as on the consequences of their outcomes on the physician education and the health system. This report brings the available documental information together and makes inferences about the basic features of the curricular innovation and its effects, in the three cases.

¹ Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

INTRODUÇÃO

Ao longo dos últimos 25 anos, várias escolas médicas brasileiras desenvolveram propostas de mudanças curriculares que resultaram em experiências concretas de formação profissional, ainda que transitórias, eventualmente. No entender da coordenação do Projeto EMA (Educação Médica nas Américas), um retrospecto dessas propostas, suas conotações e efeitos poderia iluminar a busca da transformação da situação atual para uma perspectiva representada pela imagem-objeto da educação médica em suas diferentes facetas¹⁻⁴.

Três das principais experiências históricas iniciadas na década 1966-1975 foram selecionadas pelo Grupo de Trabalho do Projeto EMA-Brasil – conforme memória da reunião de 28 e 29/01/1988 – e são objetos do presente relato. Representam aspectos distintos da experimentação curricular: a implantação de um curso em escola nova (na UnB); a condução de um curso experimental paralelo ao tradicional (na USP); e a vivência de reformulação curricular a partir de um curso já convencionalmente modificado (na UFMG).

A análise de documentos relativos aos três cursos, constantes das referências bibliográficas, serviu de base para a apreciação. Com base nessas fontes de informação, foram reunidos os dados pertinentes aos propósitos dos cursos e seus componentes curriculares, bem como aos resultados obtidos e outros eventos significativos percebidos. Duas linhas básicas de descrição foram seguidas: a caracterização do plano curricular, tendo por base as questões propostas por Harden⁵, e a estimativa do impacto das propostas, considerando alguns critérios de efeitos da proposta inovadora no sistema de saúde e na formação profissional⁶.

O propósito deste relato é apresentar o resumo dos dados descritivos e das interpretações feitas com referência às respectivas fontes de informação.

Tendo em conta a natureza das informações obtidas e a utilidade potencial de sua aplicação, o relator faz três recomendações para aprofundamento desses subsídios, à guisa de conclusões.

IDENTIFICAÇÃO E CENÁRIO DAS ESCOLAS

O currículo de Medicina na UnB⁷⁻¹⁰

A primeira e, talvez, a mais criativa das experiências curriculares ora revistas ocorreu na então recém-criada Brasília, onde foi organizado o quadragésimo curso de Medicina do Brasil, em 1966. A situação era de mudanças rápidas, conflitos latentes e grandes expectativas^{11,12}.

A implantação do curso, ao longo de cinco anos, se fez paralelamente à contratação do corpo docente e à instalação da infraestrutura básica. Os fatores determinantes desse em-

preendimento decorriam, em parte, da própria criação da Universidade de Brasília, com novas concepções de integração, flexibilidade e modernização em seu projeto e organização^{7,13}. Assim, as diretrizes curriculares do curso médico refletiam novas ideias sobre saúde e doença, medicina, ciência e tecnologia, e educação médica, conforme ressaltado no plano orientador da Faculdade⁷. Acrescente-se que a criação do curso, em si, era uma resposta à demanda pública dentro e fora da universidade^{9,11,12}.

Um aspecto crítico da proposta do curso foi o convênio firmado entre a Fundação Universidade de Brasília e a Fundação Hospitalar do Distrito Federal, que permitiu a utilização do recém-construído hospital da comunidade de Sobradinho – denominado sugestivamente Unidade Integrada de Saúde – como cenário único das práticas educativas e ações de medicina individual e coletiva a serem desenvolvidas pela nova Faculdade^{8,12}.

O curso experimental da USP^{2,14}

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, fundada em 1913 e detentora da maior soma de recursos dentre as escolas brasileiras, implantou em 1968 uma alternativa curricular ao curso convencional que possibilitava a introdução de novas concepções educativas, semelhantes àquelas propostas na UnB.

A criação do curso experimental respondia a três fatores determinantes principais (além do incentivo da iniciativa pioneira de Brasília): (a) demanda pública e governamental pela ampliação quantitativa do alunado; (b) preocupação de parte do corpo docente com a questão da modernização do ensino em termos de eficiência e produtividade; (c) possibilidade de obtenção de recursos adicionais, embora sob a bandeira da racionalização administrativa e redução dos custos. Outro aspecto importante da proposta inicial era a expansão da Faculdade no *campus* da cidade universitária da USP, onde iriam se localizar o pavilhão pluricurricular e o Hospital Universitário¹⁴.

O currículo da UFMG^{15,16,17}

A mais fundamentada das experiências de inovação curricular surgiu na tradicional Faculdade de Medicina da UFMG, que fora criada em 1911. Esta Faculdade adotara por um período experimental de dez anos (a começar de 1965) o currículo compacto de cinco anos, na perspectiva de aumentar a eficiência na formação de médicos¹⁵. O insucesso dessa experiência possibilitou, em contraposição, o início de um estudo abrangente sobre o ensino de Medicina e a proposta de revisão curricular^{16,17}.

Esse estudo deu origem ao processo de desenvolvimento curricular, de natureza técnico-política, que culminou com a implantação do novo currículo a partir de 1975. Os fatores determinantes estão inseridos em tal processo, em que são realçadas as percepções de referência às necessidades sociais, da natureza dinâmica do próprio processo e de sua essência democrática no jogo decisório da instituição^{11,16}.

Um aspecto importante da ampliação do cenário do novo currículo foi a reestruturação do hospital de ensino – o Hospital de Clínicas da UFMG – em adequação à reprogramação da prestação de serviços de atenção médica na área de Belo Horizonte¹⁷.

DESCRIÇÃO DOS ELEMENTOS CURRICULARES

A organização curricular dos cursos enfocados – em termos de elenco, sequência e carga horária das disciplinas – consta de vários documentos básicos, que incluem catálogos, regimentos e relatórios, bem como de trabalhos apresentados por participantes das renovações curriculares^{3,9,14}.

Vale observar, contudo, algumas características marcantes da formulação das novas proposições, tendo em conta as questões críticas para apreciação da renovação curricular – sugeridas por Harden⁵ – que são dispostas a seguir.

Necessidades percebidas quanto ao tipo de médico

As três propostas tinham em comum a redefinição, implícita ou explícita, da adequação da formação médica às necessidades sentidas em relação à “carga mórbida” (soma de agravos à saúde) da população de referência. Essa relação é claramente expressa na proposta da UFMG quando esta contempla a inserção do ensino no processo de atenção à saúde.

Nos três casos se presume a necessidade de uma diversidade de habilitações, enquanto se privilegia a formação geral do médico. Na proposta inicial da UnB, o ciclo de pós-graduação (para especialização ou iniciação acadêmica) era configurado como parte regular da formação do médico, embora a pré-especialização fosse expressamente desestimulada⁹. No caso da USP, o segundo ano eletivo no internato ensinava o treinamento numa grande área (básica ou profissional) por uma duração correspondente a 21% do total do curso¹⁴. Já na UFMG, o currículo de 1975 limitava a oito meses o treinamento terminal numa grande área, e a quatro meses numa subespecialidade^{16,17}.

Apenas na UFMG a identificação das necessidades percebidas quanto ao perfil global do concluinte foi subsidiada por levantamento de opinião – em questionário respondido por docentes, residentes e alunos –, além da análise de estudos sobre a nosologia prevalente na região de referência¹⁷.

Propósitos e objetivos

Na UnB, o propósito global do curso era “preparar um tipo de médico capaz de desempenhar um amplo papel em prol da saúde de uma comunidade”, no sentido da extensão da atuação profissional no âmbito dos fatores que alteram o equilíbrio indivíduo-ambiente⁷. Em decorrência, cinco objetivos gerais foram inferidos: (1) conhecimento das condições de saúde e de doença e das medidas para seu controle; (2) formação de mentalidade científica; (3) desenvolvimento de atitudes e valores enfatizando saúde, ação na comunidade, trabalho cooperativo e enfoque multiprofissional; (4) adestramento em técnicas de laboratório e habilidades clínicas e cirúrgicas; (5) familiarização com as rotinas dos serviços de saúde. Algumas competências específicas chegaram a ser delineadas anos depois^{12,18,19}.

Na USP, o propósito global do curso experimental era formar um “segundo tipo” de médico, com maior vivência de aprendizagem extra-hospitalar e habilitação no atendimento primário, em níveis individual e coletivo. Três objetivos eram ressaltados na capacitação do estudante: (1) desenvolvimento da capacidade de estudo, raciocínio e trabalho em grupo; (2) desenvolvimento de uma mentalidade médica global, no sentido de predomínio da formação geral e do enfoque psicossomático; (3) perspectiva ampliada de opções para o exercício profissional, assegurada pelo segundo ano eletivo no internato¹⁴.

O propósito global do novo processo curricular da UFMG era formar médicos aptos a obter o reconhecimento das necessidades de saúde do indivíduo e da comunidade, e atender às necessidades sob a forma de cuidados primários e em colaboração com o sistema de saúde regional. Essa capacitação seria explicitada pelo conjunto de objetivos educacionais das disciplinas obrigatórias recém-criadas¹⁷.

Nos três currículos, os objetivos genéricos foram desdobrados em componentes específicos relativos a cada programa didático. Na UFMG, houve uma compilação sistemática de objetivos e se procedeu a uma apreciação qualitativa, por docentes e estudantes, de sua consecução e dos fatores impeditivos¹⁶.

Conteúdo especificado

A abrangência e a profundidade das matérias a serem ministradas são descritas em fluxogramas e ementários de cada curso. Vale dizer que as indicações sobre critérios e inclusão, extensão ou profundidade dos assuntos são geralmente limitadas, exceto no sentido de carga horária. Em parte, isso reflete a marca referencial do currículo mínimo de Medicina – prescrito pelo Conselho Federal de Educação, em 1969 – a que estavam sujeitos todos os cursos. Observa-se, a propósito, uma

diferença apreciável entre as cargas horárias totais, nominalmente indicadas, da UnB e UFMG (7 mil horas) e da USP (10 mil horas).

Um aspecto particular da inclusão de conteúdo consiste na ênfase dada às noções de orientação comunitária (especialmente quanto ao nível primário de atenção à saúde) em cada currículo, conforme se observa adiante.

Organização do conteúdo

Os fluxogramas curriculares revelam semelhanças genéricas na organização dos três cursos, em termos da sequência temporal de ciclos que expressam a precedência da ciência básica sobre a aplicada, das áreas gerais sobre as especiais, do estudo propedêutico sobre a prática em serviço.

Na UnB, a organização curricular presumia quatro ciclos de ensino: (1) pré-profissional, desenvolvido nos Institutos de Ciências e Humanidades da universidade; (2) profissional básico ou pré-clínico, desenvolvido na Faculdade de Ciências Médicas; (3) profissional clínico, desenvolvido na Unidade Integrada de Saúde de Sobradinho (UISS) e agências afiliadas; (4) internato, desenvolvido na própria UISS ou noutro hospital credenciado da rede da Fundação Hospitalar do Distrito Federal^{18,19}.

Na USP, o conteúdo curricular estava organizado em seis ciclos: (1) básico; (2) blocos de sistemas e aparelhos; (3) pré-clínico; (4) clínico; (5) internato rotativo; (6) internato eletivo.

Na UFMG, a seriação na organização curricular assumiu a forma de 12 períodos, assim distribuídos: quatro no ciclo básico, ministrado no Instituto de Ciências Biológicas da UFMG, e oito no ciclo profissional, que incluía uma fase propedêutica (dois períodos), uma fase clínica (quatro períodos) e o estágio de internato (nos dois períodos finais), desenvolvido no Hospital das Clínicas e na área rural do norte de Minas.

Por certo, os cursos apresentam várias diferenças particulares quanto à situação específica de disciplinas, que potencialmente afetariam as percepções dos estudantes sobre o caráter da vivência curricular. Por exemplo, a iniciação clínica formal em semiologia era fixada no sétimo semestre ou período letivo na UnB, no sexto na USP e no quinto na UFMG.

Outro aspecto de variação na organização consistiu na proporção de assuntos dispostos em série de blocos intensivos, em contraposição à disposição em paralelo a outras disciplinas extensivamente ao longo do período letivo. Na versão inicial do currículo da UnB, até 1971, todos os programas em nível profissional (isto é, do segundo ao quinto ano) eram desenvolvidos em blocos de estudo concentrado, com duração que variava entre quatro e 18 semanas^{8,9,12}.

Estratégias educativas

Harden identificou seis alternativas estratégicas, que têm servido de foco para inovações curriculares nas últimas décadas (Quadro 1). Elas representam polos de escalas contínuas, sendo que o posicionamento docente/institucional em cada escala pode variar segundo o contexto ou o assunto na organização curricular⁵.

| QUADRO 1: Classificação de estratégias educativas alternativas | |
|---|---|
| Alternativas de enfoque | Descrição do enfoque inovador |
| Centrado no docente/ centrado no aprendiz | O enfoque centrado no aprendiz enfatiza a aprendizagem: a escolha do que estudar, como estudar, quando e em que ritmo estudar, pelos estudantes. |
| Disciplinas independentes/ integração interdisciplinar | O enfoque integrado enfatiza a combinação de disciplinas em temas em torno de órgãos e aparelhos. |
| Recepção de informações/ resolução de problemas | No enfoque centrado em problemas, o aprendiz adquire conhecimentos e habilidades lidando com problemas (em lugar de receber informações, prioritariamente). |
| Baseado no hospital/ baseado na comunidade | O processo educativo é centrado na comunidade — em centros de saúde, por exemplo, no enfoque baseado na comunidade. |
| Conteúdo obrigatório/ conteúdo eletivo | No enfoque eletivo, os aprendizes têm amplas opções de escolha de assuntos ou disciplinas, enquanto o núcleo obrigatório é restrito. |
| Oportunístico/sistemático | No enfoque sistemático, o programa é elaborado para todos os aprendizes, de forma a assegurar as vivências requeridas em seu treinamento. |

Classificação adaptada de texto de Harden⁵.

Os três cursos em referência combinaram elementos dos enfoques inovadores em proporções variáveis em seus diversos ciclos. O enfoque integrado, caracterizado pela combinação de disciplinas em torno de áreas temáticas, era a tônica dos ciclos de blocos na UnB (pré-clínico profissional) e na USP, bem como dos programas de medicina integral da UFMG e da UnB. Já o enfoque de resolução de problemas foi incorporado de forma limitada nos três cursos e, principalmente, como parte do treinamento clínico. O enfoque de conteúdo eletivo, também restrito nos três cursos, tornou-se uma característica importante na segunda fase do currículo da UnB a partir de 1972¹⁹. Por sua vez, o internato rural – um componente mar-

cante do currículo da UFMG – consistia numa combinação dos enfoques de ensino baseado na comunidade e de treinamento oportunístico. Em todos esses casos, havia uma redução implícita da centralização tradicional do processo educativo no professor, em benefício aparente da aprendizagem ativa¹¹.

O enfoque baseado na comunidade é um dos componentes estratégicos (juntamente com a articulação ensino-serviço e a aprendizagem baseada em problemas) associados ao processo educativo orientado para a comunidade. Em particular, de acordo com estudo patrocinado pela OMS, a extensão e o tipo de orientação comunitária numa escola podem ser descritos levando em conta cinco aspectos característicos: (1) princípios que fundamentam as atividades da escola; (2) ênfase curricular nas concepções da orientação comunitária; (3) componente de aprendizagem vivencial no currículo; (4) extensão de envolvimento comunitário; (5) conexões organizacionais entre os sistemas de formação médica e de prestação de serviços de saúde⁶. As evidências documentais sobre tais aspectos sugerem que as três escolas apresentavam graus definidos e diferentes de orientação comunitária em seus processos educativos no período de implantação do currículo, conforme disposto no Quadro 1.

Métodos e meios de ensino

A tônica na aprendizagem ativa, comum aos três cursos, se expressou, entre outros aspectos, na ênfase dada aos métodos de ensino centrado no aluno, a exemplo do seminário e da discussão em grupo. Na UnB, cada turma de 16 estudantes ocupava um laboratório multidisciplinar ao longo do ciclo profissional básico, ensejando grande interação entre os alunos, além da prática laboratorial^{4,9,18}.

No treinamento clínico, a aprendizagem ativa assumiu predominantemente a forma de integração trabalho-aprendizado, em que os estudantes participavam da prestação de serviços nos diferentes cenários e modalidades do processo de atenção à saúde, cooptados pelas respectivas escolas^{3,9,14,19}.

Avaliação dos estudantes

O realce dado ao processo avaliativo nessas experiências curriculares não foi substancial. Na UnB, introduziu-se um componente formativo junto com a prática de exames periódicos balizados pelo elenco de objetivos de cada programa didático. Além disso, para contrabalançar a ênfase na aferição de conhecimentos, aliou-se também um componente de conceituação de atitudes e de desempenho global. Esse esforço de avaliação de desempenho, com base em objetivos prescritos, aparentemente foi retomado em maior escala na renovação curricular da UFMG.

Informação sobre o currículo

Na UnB, a comunicação sobre o processo curricular foi um aspecto significativo. Além do informe inicial sobre as diretrizes e processos gerais do curso, os estudantes recebiam informações sobre o plano de ensino dos programas didáticos, que especificavam objetivos, assuntos, métodos de instrução e avaliação, cronograma de atividades e referências de estudo^{7,19}. Na UFMG, eram distribuídos livretos informativos de teor equivalente com o propósito de orientar os estudantes. Além disso, e principalmente, houve ampla participação de alunos e docentes no processo de desenvolvimento curricular, sendo que os docentes tinham acesso a seminários de atualização didática¹⁶.

Ambiente educativo

O contexto de ensino-aprendizagem, especialmente na UFMG e na UnB, deveria propiciar o fortalecimento de características de responsabilidade pelo atendimento, conscientização social e cooperação entre os estudantes, mormente por causa da interação, da provisão de atividades relevantes para a prática médica e do grau potencial de coerência das diferentes atividades educativas. Nos casos da USP e da UnB, presumia-se que o contexto laboratorial, na formação pré-clínica, deveria encorajar a disciplina intelectual. Infelizmente, em nenhuma das três experiências houve levantamento das percepções dos estudantes sobre a ambiência do aprendizado ao longo do curso e seus efeitos na mudança de atitudes e valores.

Gestão do processo curricular

Dessa proposição básica, derivam importantes questões:

- De quem é a responsabilidade pelo planejamento, implantação e monitoração do processo, especialmente quanto a pessoas ou comissões?
- Como inserir mudanças no processo em andamento?
- Quais são as atribuições relativas dos diferentes elementos envolvidos ou representados, inclusive os estudantes?
- Como inter-relacionar os diferentes programas do curso de forma que os propósitos globais sejam alcançados?

O tratamento dado aos problemas implícitos nesses questionamentos apresentou características típicas de acordo com a instituição. Na UnB, a gestão global do processo cabia ao diretor, assessorado pelo conselho de educação médica, que incluía os supervisores de ciclo; em 1969, o papel dos colegiados foi assumido pelo conselho departamental e congregação de carreira, nos quais havia representação estudantil. A responsabilidade pelo ensino se concentrava em três departamentos apenas. Esse tipo de arranjo deveria favorecer uma margem mais estreita de controle, inicialmente utilizada para agilizar mudanças na implantação do currículo.

Na USP, a coordenação e orientação das atividades (do curso experimental) estavam sob a responsabilidade da comissão de orientação didática e científica, integrada por seis elementos, incluindo um representante estudantil e o coordenador geral. Esse colegiado era assessorado pelos coordenadores de áreas (indicados pelos numerosos departamentos envolvidos no curso) e tinha como instrumento executivo os coordenadores de semestre e dos dez conjuntos de disciplinas com programação integrada. Esse tipo de arranjo administrativo favorecia maior amplitude de consulta e conferia um caráter menos personalista às decisões curriculares¹⁴.

Na UFMG, a gestão do processo curricular foi mais complexa. A supervisão geral coube ao colegiado do curso de Medicina, formado pelos docentes dos ciclos básico e profissional e pela representação estudantil. A reformulação do curso resultou de um longo processo desencadeado por uma equipe interprofissional que realizou levantamentos e análises, cujos dados e interpretações foram debatidos por alunos e docentes num seminário especialmente organizado. O informe final e as recomendações oriundas do seminário foram aceitos pelo colegiado do curso. Por delegação desse colegiado, coube a uma comissão de desenvolvimento curricular, com apoio da equipe de pesquisa, elaborar a proposta de reformulação. Essa proposta, com emendas, foi aprovada pelo colegiado do curso e endossada pela coordenação de ensino e pesquisa da UFMG. A reformulação curricular, que abrangia do 5º ao 12º período do curso, foi implantada progressivamente, já sob a supervisão de comissões de implantação designadas pelo colegiado do curso. O arranjo administrativo desenvolvido na UFMG provavelmente promoveu uma incorporação mais sólida dos novos princípios e valores no arcabouço mental dos docentes e estudantes.

RESULTADOS EVIDENCIADOS

Que progressos alcançaram as escolas na realização de seus planos inovadores? Tais informações são ainda mais difíceis de rastrear em virtude da infrequência de avaliação ou monitoração dos eventos educativos e da insuficiência de publicações ou relatórios.

A inadequação de dados descritivos limita sobremaneira qualquer estudo avaliador, tendo em vista a complexidade, a variação dinâmica e a dependência contextual dos eventos curriculares pertinentes a cada escola. Ainda assim, vale a pena considerar dois tipos de efeitos relacionados aos propósitos dos novos currículos: impacto no sistema regional de saúde e impacto na formação dos médicos^{6,12}.

No caso da UnB, os indícios do impacto da escola no sistema de saúde do DF são claros, embora insuficientemente

documentados. No período em que Sobradinho era o cenário da atuação médico-social (1967-1979), a escola era excepcionalmente ativa na provisão de serviços, com participação estudantil, uma vez que assumiu a responsabilidade na atenção integral à saúde da população local. Esse modelo de atenção, especialmente no tocante a cuidados básicos, contribuiu para a ampliação da cobertura do sistema regional de saúde. Embora o convênio que permitia a operação da UISS (hospital de Sobradinho) tenha sido desfeito, a articulação com a rede de serviços teve sequência noutro convênio, que resultou, anos mais tarde, na definição do hospital de integração docente-assistencial (FUB-Inamps). Por certo, a escola contribuiu decisivamente para a disponibilidade de médicos na região. Entretanto, inexistem informações sobre seu impacto eventual na melhoria da qualidade da assistência médica¹².

Quanto ao impacto educativo da escola, as indicações dos concluintes de 1971 a 1975 denotam restrições na consecução dos objetivos curriculares para substancial minoria dos estudantes¹². Uma parcela restrita dos formandos havia decidido praticar medicina geral em pequenas localidades, e fração bem menor tinha optado por carreira em saúde pública. Entretanto, a preferência dos estudantes por carreiras voltadas para o atendimento de primeira linha tendia a aumentar do início para o fim do curso, na primeira década da escola²⁰. Apesar disso, o principal impacto educativo do programa da UnB talvez tenha sido o incentivo a projetos de mudanças noutras escolas, a exemplo da USP e da UFRJ, entre outras^{14,21,22,23}.

No caso da USP, não há registro de informação sobre os efeitos do curso experimental no sistema de saúde de São Paulo, exceto provavelmente na área de pediatria. Quanto ao impacto educativo, o curso experimental deixou marca no tradicional, após sua extinção, além de ter contribuído para o movimento de renovação curricular nos anos 1970¹¹.

No caso da UFMG, os indícios dos efeitos da escola no sistema de saúde regional são instigantes. A escola aumentou a provisão de serviços de atenção médica nos três níveis de atendimento, ressaltando-se a ampliação do atendimento de primeira linha e a participação estudantil na integração de trabalho-aprendizado. O programa de internato rural, em particular, parece representar um impacto apreciável não somente quanto à ampliação de serviços médicos básicos em áreas desassistidas, mas também por sua influência na opção pela prática de medicina geral ou atendimento de primeira linha¹⁶.

Quanto ao impacto educativo, a escola da UFMG representa um forte centro de disseminação de inovação, nos âmbitos regional e nacional, nos anos 1980³. No que se refere à influência na formação profissional, inexistem informações quanto à manutenção, pelos concluintes, das atitudes e práti-

cas coerentes com os propósitos e objetivos do curso, nem dados quantitativos sobre a distribuição das opções de carreira.

Nos três casos, informações comparativas com concluintes de outras escolas são escassas ou inexistentes.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

No intervalo de dez anos (1966-1975), três escolas bem diferentes entre si iniciaram programas curriculares que ilustram suas concepções da forma de atender às necessidades de atenção à saúde. Os três movimentos se baseavam principalmente nestes tipos de percepções: demandas insatisfeitas (na formação médica contemporânea), dinamização das funções das escolas, e potencialidades da reorganização curricular e reorientação das estratégias educativas.

A identificação das necessidades quanto à formação do médico teve um questionamento mais elaborado na UFMG, que se firmou no princípio de resposta às necessidades de saúde e às demandas por serviço da população regional, bem como na análise da “carga mórbida” detectada em estudos de morbidade e mortalidade. Em consequência desse processo, houve uma delimitação mais sólida de propósitos e objetivos do processo curricular, em que se estabeleceu uma prioridade para a formação do médico geral, habilitado a prestar assistência em nível primário e de cunho comunitário. Em termos de reorganização de conteúdo, dois aspectos foram compartilhados nessas três experiências: a reordenação da sequência de disciplinas, especialmente no sentido de vincular temas interdisciplinares em programas conjuntos ou combinados, e a inclusão de temas de ciências de comportamento e de saúde coletiva em atividades de campo.

As estratégias educativas tiveram expressão na reorientação de múltiplas alternativas de abordagem, com ênfase – em grau variável nos três currículos – na aprendizagem ativa, na integração interdisciplinar, no cenário ambulatorial e no treinamento oportunístico baseado no trabalho. Os enfoques predominantes naturalmente conduziram ao uso de métodos de grupo pequeno e ao estudo independente, embora de forma incipiente e assistemática.

Deve-se acrescentar que em nenhuma das três experiências a seleção de problemas prioritários serviu para delimitar o conteúdo curricular, nem para ensejar o desenvolvimento de habilidades eficazes de aprendizagem autodirigida. Entretanto, elementos do enfoque de aprendizagem baseada em problemas estavam implicitamente incorporados no “currículo em ação”, na medida em que se atribuía uma participação ativa do estudante na identificação e resolução de problemas.

Numa perspectiva mais ampla, a reorientação de enfoques tradicionais serviu para estabelecer a extensão e as for-

mas da característica global de orientação comunitária promovida por cada currículo. Em termos dos critérios que definem essa característica, dentre os quais sobressai a extensão em que se insere a aprendizagem centrada na comunidade, verifica-se que o potencial de orientação comunitária era mínimo na USP e médio na UnB e na UFMG (Quadro 2).

Os propósitos e processos embutidos na descrição dos currículos se concretizaram? Por certo, os planos escritos e suas variantes evolutivas ou retrocessivas representam a elaboração formal das intenções de seus proponentes, que coincidem parcialmente apenas seja com o — currículo em ação” – expresso nas escalas de atividades e percepções de seus executores –, seja com o currículo diretamente vivenciado pelos estudantes¹⁹.

QUADRO 2:
Grau de orientação comunitária em três cursos inovadores

| Características da orientação comunitária | Escolas/ Cursos | | |
|---|-----------------|-----|------|
| | UnB | USP | UFMG |
| Apoio nos princípios básicos da instituição. | | * | ** |
| Ênfase curricular em noções de orientação comunitária. | *** | * | *** |
| Tipo, duração e frequência de vivências centradas na comunidade. | ** | * | ** |
| Envolvimento comunitário no planejamento e implementação dos programas. | | * | * |
| Articulação ensino-serviço (integração docente-assistencial). | | * | ** |

*Grau: * mínimo; ** parcial; *** amplo.
Estimativa baseada na leitura dos documentos 9-12, 14, 16.*

Já foi dito que as evidências documentadas do impacto dos novos currículos são de pequena monta, exceto em termos da prestação direta de serviços por docentes e estudantes, e do aumento da disponibilidade de médicos. A inexistência de estudos comparativos ou prospectivos no acompanhamento dos egressos impossibilita uma apreciação segura do significado das preferências por carreiras ou das percepções dos concluintes sobre a adoção das características objetivadas nos respectivos cursos e suas consequências na prática médica.

Tendo em vista o histórico dos três currículos revistos, vale a pena considerar ademais os fatores requeridos para iniciar ou manter uma inovação na educação médica. Foram poucos

os trabalhos consultados que examinaram esses aspectos da renovação curricular de forma genérica ou específica^{11,12,16,18,24}. Esses e outros estudos na literatura internacional sugerem que a sobrevivência da inovação depende da extensão em que várias condições são observadas quanto à estrutura dos propósitos e da gestão do processo e à diferenciação organizativa da instituição^{6,25,26}. Cinco dessas condições são identificadas por sua relação com os desvios ocorridos no caso da UnB:

- Compatibilidade entre objetivos inovadores e injunções da prática profissional, a exemplo da estrutura do trabalho médico^{20,24};

- Aceitação e entendimento dos objetivos inovadores pelos segmentos de opinião envolvidos, tanto dentro quanto fora da escola^{10,12};

- Compatibilidade entre os objetivos inovadores e os planos de progresso profissional dos docentes¹⁰;

- Consistência na provisão de recursos apropriados ao desenvolvimento dos objetivos inovadores;

- Efetuação de monitoração sistemática para informar a instituição sobre o progresso na consecução dos objetivos fixados¹².

Segundo Schreiber, são fadadas ao insucesso as reformulações educativas que não correspondem, reflexamente, a rearranjos efetivos na prática médica²⁴. Nessa concepção, a ocorrência de restrições ao processo inovador apenas configura os limites das determinações estruturais da educação médica. Entretanto, inexistem estudos sistemáticos que confirmem ou infirmem tais suposições.

CONCLUSÕES

Deve ser feito um esforço para documentar (com vistas a entender e replicar) a experiência e *insight* obtidos pelos grupos inovadores, talvez com a realização de *workshops* ou a formação de consórcios de grupos interdisciplinares.

Os fundamentos e implicações da “orientação comunitária” – incluindo seus componentes de provisão direta de atendimento em nível primário, articulação ensino-serviço e participação comunitária – devem ser explicados e divulgados junto aos segmentos de opinião, sob pontos de vista pluralistas.

Existe a necessidade de estudos avaliadores, se possível *in situ*, dos diferentes programas de ensino médico com base em dimensões definidas de observação e usando múltiplos critérios ou elementos de contraste nas análises e interpretações²⁷.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Ensino médico, bases e diretrizes para sua formulação. Brasília, 1987 (Doc. n.º 6).
2. Marcondes E. Visão crítica dos currículos das faculdades de medicina. R Bras Educ Med 1978;2:117-21.
3. Sobral DT. Ensino integrado no pré-clínico: vale a pena? Rev Bras Educ Med 1981; 5:216-21.
4. Siqueira BP, Salgado JA. Estratégias educacionais para as escolas médicas. Anais do 24 Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1986, out. 26-29; Florianópolis, Brasil. Florianópolis:ABEM; 1986, p.59-78.
5. Harden RM. Ten questions to ask when planning a course or curriculum. Med Educ 1986;20:35-65.
6. Richards R, Fulop T. Innovative schools for health personnel. Geneva: WHO, 1987. (WHO offset publication, 102).
7. Anônimo. Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências Médicas. Brasília, s.d. (impresso).
8. Faculdade de Ciências Médicas. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Brasília. Brasília: Serviço gráfico do Senado Federal, s.d. (Relatório).
9. Lobo LC, Ferreira JR. La carrera médica en la Universidad de Brasília. Educación Médica y Salud 1970;4:310-27.
10. Lobo L C. Faculty of medical sciences, University of Brasilia. In: Bowers JZ, org. Medical schools for the modern world. Baltimore: Johns Hopkins Press, 1970, p. 69-92.
11. Lobo L C. Motivaciones y resistencias al cambio dentro de las instituciones educativas. In: Innovaciones del curriculum médico. Bogotá: FEPAFEM, 1971, p. 53-60.
12. Peixoto MCL. O giz e o bisturi: limites da formação do médico no Brasil. Rio de Janeiro; 1984. Mestrado [Dissertação] - Fundação Getúlio Vargas, Instituto de Estudos Avançados em Educação.
13. Sobral DT, Mejia A. The medical school of the University of Brasilia, Brazil, 1966-1976. In: Katz FM, Fulop T, org. Personnel for health care: case studies of educational programmes. Geneva: WHO, 1978, p. 47-57 (Public Health Papers, 70).
14. Universidade de Brasília. Relatório final do PARU-Unb. Brasília: Centro de Avaliação Institucional da UnB; 1985. (Relatório)
15. Marcondes E. O curso experimental de medicina da Universidade de São Paulo. Educación Médica y Salud 1975;9:172-95.
16. Caldeira OV. Reformulação do currículo médico, plano de redução do curso para cinco anos. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da UFMG, 1964.
17. Ribeiro CMP. Estudo da mudança curricular no ensino médico da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 1983. Mestrado [Dissertação] - Faculdade de Educação da UFMG.

18. Universidade Federal de Minas Gerais; O processo de desenvolvimento curricular na UFMG. Belo Horizonte: Imprensa Universitária, 1976, 145p.
19. Sobral DT. The new schools: the medical school of the University of Brasília. *Med Teach* 1980; 2:252-56.
20. Sobral DT. Alvos de carreira de alunos de medicina de Brasília. *R Bras Pesq Med Biol* 1977;10:265-70.
21. Francischetti EA, Lipp UG, Bon Meihy, JCS. Visão crítica dos currículos das faculdades de medicina. *Rev Bras Educ Med* 1978;2:109-15.
22. Fraga Filho C, Rosa AR. Temas de educação médica. Brasília: Ministério da Educação e Cultura/SESu, s.d. (Série de monografias do ensino superior, vol. 1).
23. Santos NR. A luta pela reforma curricular. *Anais do 18 Congresso Brasileiro de Educação Médica*; 1980 dez. 2-6; Goiânia, Brasil. Goiânia: ABEM; 1980. p.89-95.
24. Schraiber LB. Contribuição ao estudo da educação médica. São Paulo, 1980. Mestrado [Dissertação] - Faculdade de Medicina da USP.
25. Bussigel MN, Barzansky BM, Grenholm, GG. Innovation processes in medical education. New York: Praeger Publishers, 1988.
26. Lazarus J, Harden RM. The innovative process in medical education. *Med Teach* 1985; 7:333-42.
27. Serafini O. Dimensões da avaliação institucional. Brasília: Centro de Avaliação Institucional da UnB; 1987. (Relatório)

CONFLITO DE INTERESSES

Declarou não haver.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dejano T. Sobral
Universidade de Brasília – Faculdade de Medicina
Caixa Postal 04569
CEP 70910-900 – Brasília – DF
E-mail: dtsobral@unb.br