

O CURRÍCULO NO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE

JOSÉ ANTONIO MAIA

Relevância e atualidade do tema

A temática do currículo, na atualidade, mostra-se extremamente presente nas publicações científicas e nos fóruns de educação nas mais variadas áreas e, em particular, na da formação superior em saúde. Inúmeros são os fatores que conferem atualidade e relevância a essa discussão.

Inicialmente, há que se considerar, no mundo atual, a revolução do conhecimento e da disponibilidade da informação. Nas mais variadas áreas, da biologia molecular à tecnologia de diagnóstico e intervenção nas moléstias, a ampliação do volume do conhecimento, fruto da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico, resulta em uma espantosa velocidade com que ocorre a obsolescência das informações. Essa realidade demanda, obrigatoriamente, uma revolução equivalente nos processos de formação, no sentido do desenvolvimento de competências profissionais que considerem, por exemplo, uma nova relação do indivíduo com a informação.

Por outro lado, mudanças no mundo do trabalho interferem nos processos de produção do conhecimento e de formação profissional: no capitalismo mundializado, o conhecimento é encarado como capital, que determina vantagens competitivas no mercado de trabalho.¹ A articulação entre educação e

¹ A. M. Catani *et al.*, "Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular dos cursos de graduação no Brasil", em *Educação & Sociedade*, 22 (75), Campinas, 2001, pp. 67-83.

empregabilidade determina novos perfis de profissionais e, consequentemente, impõe a necessidade de uma reformulação nos processos de formação. Nesse sentido, no Brasil, recentemente, no contexto do ideário da “flexibilização curricular”, foram promulgadas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação, que devem ser incorporadas aos processos de formação profissional das instituições de ensino superior, e serão objeto de discussão adiante.

Nesse contexto, insere-se, igualmente, o multiculturalismo, como pluralidade e diversidade de manifestações da sociedade contemporânea na qual vivemos e em que, inevitavelmente, temos de ser formados. O multiculturalismo se opõe à homogeneização e respeita a individualidade no que diz respeito aos saberes e às necessidades educacionais. A interdisciplinaridade, entretanto, apresenta atualmente uma proposta para os processos de formação em que, além do olhar de cada área do conhecimento para a realidade, se estabelece uma inter-relação entre atores, do que resulta uma resignificação/reelaboração de cada um, como profissional e indivíduo.

Todas essas características têm provocado movimentos de mudanças curriculares, considerando-se que as intervenções nos processos de educação ocorrem, inexoravelmente, por intermédio do *currículo*.

Por outro lado, tais mudanças demandam, no campo da educação, uma valorização da temática do currículo, como objeto de reflexão, pesquisa e produção científica. De fato, nas áreas do ensino superior voltadas para a formação de professores, bem como na pesquisa educacional, a formação na área de currículo é, atualmente, alvo de discussão e revisão, no que diz respeito a conteúdos e estratégias.²

Neste texto, pretendo, inicialmente, apresentar uma breve reflexão inicial de caráter teórico-conceitual a respeito do currículo para, a seguir, voltar-me aos currículos da formação profissional na área da saúde em nosso país, em suas características e pontos críticos. Discutirei algumas das possibilidades de mudanças nos currículos da área, fruto do aporte da área da educação ao pensamento curricular na saúde. Ao final, apresento o relato de uma experiência de reforma curricular em uma escola médica brasileira, com seus caminhos e dificuldades.

Currículo: alguns fundamentos teóricos

CONSTRUINDO UM CONCEITO

O termo “currículo” vem do latim *curriculum*, que significa um percurso, um caminho. Utilizado na penúltima década do século XVI, na Universidade de Leiden (Holanda) e, a seguir, em Glasgow (Escócia), como o conjunto de assuntos estudados pelos alunos ao longo de um curso,³ o termo tem assumido diversos significados, na dependência, entre outros, do referencial teórico utilizado pelos diversos autores e estudiosos, no que tange a seus conceitos de educação, cultura e sociedade.

A complexidade de conceituar currículo emerge da própria metáfora do termo original *curriculum*. Uma visão romântica de caminho sugere uma possibilidade de trajetória a ser percorrida como melhor aprover ao futuro profissional, em vários momentos da jornada, até que, ao final, ele possa, autonomamente, exercer um ofício, na plenitude de sua cidadania. Por outro lado, a pressuposição, num caminho, de dimensões de espaço (percurso) e tempo (sequência) situa o currículo como um instrumento capaz de conferir ordem (e governabilidade) ao processo de formação.

A formação profissional pode ser vista, inicialmente, como a aquisição, pelo indivíduo, de uma série de conhecimentos e habilidades que o tornem capaz de entrar em uma determinada área do mercado de trabalho. Em consonância com tal visão, o currículo escolar aproxima-se de um plano de ensino que organize, temporal e espacialmente, atividades de diversas áreas do conhecimento, expresso por uma grade⁴ de disciplinas. O conceito associa-se às idéias de “certificação” de uma instituição ou de um aluno e de “currículos mínimos”.

Ampliando um pouco o conceito para além da esfera dos conteúdos, o currículo pode ser definido como “todas as experiências e atividades realizadas e vividas pelos estudantes sob a orientação da escola, tendo em vista os objeti-

³ A. Veiga-Neto, “Currículo e interdisciplinaridade”, em A. F. Moreira (org.), *Currículo: questões atuais* (8ª ed. Campinas: Papirus, 2003).

⁴ Aqui, o termo “grade” pode ser lido em toda a sua conotação, incluindo o “aprimoramento” do planejamento curricular em gatolas disciplinares, bem como os limites rígidos entre os meios interno e externo da escola.

² A. F. B. Moreira, “O campo do currículo no Brasil: os anos noventa”, em *Currículo sem fronteiras*, 1 (1), 2001, pp. 35-49, disponível em <http://www.curriculosemfronteiras.org>.

vos por esta visados".⁴ Aqui observamos, além da introdução dos elementos da experiência educacional, a menção dos objetivos institucionais do processo de formação, o que representa o início do deslocamento do foco do planejamento curricular de "o que ensinar" para "para que e para quem ensinar". Nesse caso, o currículo passa a assumir uma conotação de contexto, na medida em que se considera sua inserção social.

Assim, a escola passa a comportar, por intermédio do currículo, um conjunto de saberes, práticas, experiências do contexto sociocultural, que, naquele momento histórico, os educadores julgavam que deviam integrar o processo formativo desenvolvido na instituição.

Na verdade, a visão do currículo como recorte legítimo e intencional do mundo fundamenta-se na afirmativa de que "uma proposta pedagógica expressa sempre os valores que a constituem, e precisa estar intimamente ligada à realidade a que se dirige, explicitando seus objetivos de pensar criticamente essa realidade, enfrentando seus mais agudos problemas".⁵

Segundo Veiga-Neto,⁷ é exatamente a transição do enfoque "internalista" de currículo (também denominada "tecnicista, tradicional, positivista") para uma visão "externalista" (para a qual contribuem teóricos da "pedagogia crítica") que se afigura como um marco fundamental na teorização curricular.

O currículo é uma construção social da escola, um instrumento pelo qual ela delimita um espaço onde vão ocorrer as experiências de ensino e aprendizagem, com vistas a um processo de formação, em um determinado nível de educação escolar, durante um certo período de tempo. Esse espaço é configurado e constantemente reconfigurado, considerando-se o caráter dinâmico do conhecimento e da cultura que devem ser escolarizados, ante a formação do aluno para um conjunto de necessidades sociais.

É por intermédio do currículo que a escola coloca em prática todo o seu ideário educacional. O currículo viabiliza a execução do processo educacional, conferindo-lhe referenciais teórico-metodológicos, objetivos, conteúdos,

⁴ Cf. Reeder, apud M. Menegolla & I. M. Sant'Anna, *Por que planejar? Como planejar? Currículo - Área - Aula* (12. ed. Petrópolis: Vozes, 2002), p. 52.

⁵ S. Kramer, "Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica", em *Educação & Sociedade*, 23 (60), Campinas, 1997, p. 21.

⁶ A. Veiga-Neto, "Currículo e interdisciplinaridade", *cit.*

estratégias e avaliação. É por intermédio do currículo que se articulam a teoria e a prática, a epistemologia e a didática, as necessidades sociais e uma proposta de formação e, portanto, a sociedade e a academia.

Todo esse conjunto de articulações deve resultar em um plano educacional, cuja expressão formal (documental) possa ser comunicada a todos os participantes do processo educativo e à sociedade.

TRANSPosição DIDÁTICA E TRANSPosição CULTURAL

O recorte social, acima referido, efetuado pelo currículo no mundo no qual se insere a escola reflete as concepções e as intencionalidades daqueles que o conceberam. Chevallard⁸ denomina esses processos de "transposição didática" e "transposição cultural", em que os responsáveis pelo planejamento curricular elaboram, a partir do conhecimento científico e da cultura social, o conjunto do conhecimento e da cultura escolares que integrarão o currículo naquele momento. A legitimidade do processo, ante os vieses políticos e ideológicos intrínsecos ao recorte, sustenta-se na real identificação de necessidades (sociais, institucionais, intelectuais e individuais) e na elaboração de um perfil profissional que possa atender a elas.

A dimensão política do currículo pode ser exemplificada por um fenômeno ocorrido no ensino superior, nas décadas de 1960-1970: quando não interessava, neste país, a constituição de uma "turma" de alunos com interações mais próximas nos diversos espaços sociais, implantou-se um sistema de matrícula por disciplinas, supostamente referenciado pela "flexibilização" do ensino e do atendimento das "necessidades individuais" de cada aluno. Rompia-se, assim, na legitimidade conferida pela estrutura curricular, com as classes relativamente fixas de estudantes.

O currículo é construído no âmbito do projeto político-pedagógico da escola. Por sua vez, sua elaboração ocorre em meio a um contexto de conflitos de poder. Tomando como cenário a formação na saúde, o crescimento de determinados serviços hospitalares, por exemplo, acompanha-se, em um determinado momento, da busca de uma inserção da área no currículo da instituição. Disso resultam currículos que incluem disciplinas de subespecialidades ou voltadas para métodos diagnósticos específicos na graduação profissional.

⁸ Y. Chevallard, *La transposition didactique: du savoir savant au savoir enseigné* (Paris: Éditions La Pensée Sauvage, 1991).

CIÊNCIA E DISCIPLINAS ESCOLARES

O currículo escolar surge na transição da Idade Média para a modernidade. A proposta do paradigma cartesiano, ao consolidar a individualidade das ciências e a fragmentação do conhecimento, encontra, no currículo, um instrumento de compartimentalização de saberes, alocando-os em dimensões temporais e espaciais. Nas palavras de Veiga-Neto: “É a própria espacialização dos saberes que vai buscar o desconhecido e enquadrá-lo nesse retículo disciplinar em que se constitui o currículo, de modo que nada se possa colocar fora do seu alcance e do seu domínio”.⁹

Assim, a pesquisa e o desenvolvimento científico originam conhecimentos que, por intermédio do currículo, são incluídos em seus “lugares” no saber acadêmico, nas diversas disciplinas. Quando necessário, novos compartimentos são criados. Como exemplo, a biologia molecular configura-se como área específica (e disciplina acadêmica) no momento em que a bioquímica não comporta mais em seus limites. É o movimento em direção à especialização científica em níveis de complexidade crescentes, que, pela via do currículo, se reflete na fragmentação da formação acadêmica.

Curiosamente, o termo “disciplina” vem da expressão latina *discere pueris* – aquilo que se diz (ensina) às crianças, numa indicação clara de seu caráter prescritor e limitante.

As disciplinas, de acordo com Lück, podem ser vistas sob dois enfoques: o epistemológico e o pedagógico. No primeiro caso, serão conceituadas como cada um dos ramos do conhecimento, ou “um saber especializado, ordenado e profundo, que permite ao homem o conhecimento da realidade, a partir de especificidades, ao mesmo tempo em que deixa de levar em consideração o todo de que faz parte”. Nesse sentido, as disciplinas aproximam-se das ciências. Pedagogicamente, as disciplinas são atividades de ensino em uma determinada área da ciência, conferindo ao processo elementos de ordem e organização. Assim, essa abordagem:

[...] promove, no contexto escolar, mediante raciocínio lógico formal, caracterizado pela linearidade e atomização, já agora maior do que fora produzida, um mais acentuado distanciamento do conhecimento, em relação à realidade de que emerge.¹⁰

⁹ A. Veiga-Neto, “De geometrias, currículo e diferenças”, em *Educação & Sociedade*, 23 (79), Campinas, 2002, p. 164.

¹⁰ H. Lück, *Planejamento em orientação educacional* (14ª ed. Petrópolis: Vozes, 2002), pp. 38-39.

Sob o enfoque epistemológico – e realçado pela visão pedagógica –, as disciplinas constituem-se como elementos isolados, existindo “em si próprias”, com uma inserção curricular (com frequência, de forma acrítica) que nem sempre responde às necessidades de formação do estudante e do futuro profissional.

A fragmentação disciplinar tem reflexos na tendência à especialização, que, muitas vezes, tem início no decorrer da própria graduação. Dessa opção precece, pode resultar o privilégio, pelo estudante, de determinados conteúdos (em detrimento de outros) e a opção por atividades (estágios, por exemplo) em áreas específicas.

A estrutura disciplinar de um currículo, no entanto, induz ao planejamento baseado em conteúdos, não em objetivos. Em um estudo recente, Silva¹¹ conclui que a estrutura da disciplina Bioquímica ministrada em diversos cursos de graduação da área da saúde no município de São Paulo tinha estruturas muito semelhantes, variando na carga horária e no aprofundamento de uma ou outra temática. Tal realidade somente pode ser explicada por um planejamento to curricular que considera o conteúdo da bioquímica em si, desvinculado de objetivos derivados de diferentes perfis profissionais, no campo da saúde.

Os resultados da pesquisa podem ser explicados pelo fato de que a formulação curricular em disciplinas representa um processo de simplificação. Embora um aprofundamento teórico, no campo da complexidade, fuja aos objetivos deste texto, há que se refletir que a abordagem exclusivamente disciplinar não considera o conjunto de relações dos conteúdos da área com os de outros campos do saber. Apesar de o mundo real de atuação futura do profissional ser integral e complexo, o processo de formação tradicional parte do princípio da fragmentação e da simplificação, contando com uma expectativa de que o aluno, ao longo de sua escolarização, construa, por si próprio, as sínteses necessárias em torno de temáticas.

Admitir o princípio da complexidade na formação de graduação é trazer, efetivamente, o mundo real para o interior da escola. Essa é, intrinsecamente, a própria concepção de currículo com que trabalhamos, e que foi exposta no início deste texto: o currículo deve representar um recorte real do mundo.

¹¹ I. F. Silva, *O ensino de bioquímica na graduação em saúde: uma análise, tese de doutorado* (São Paulo: Unifesp/EPM, 2002).

Ampliando um pouco mais a reflexão, esse recorte não deve apenas incluir os conteúdos, mas suas inter-relações, da forma complexa com que se apresentam no mundo real.

Atualmente (e de maneira aparentemente paradoxal, numa primeira visão), contudo, a própria especialização crescente torna os limites das disciplinas progressivamente mais tênues, menos perceptíveis. Grandes áreas de conhecimento (como a ecologia, por exemplo) surgem sem admitir “enquadramento” em nenhuma das compartimentalizações oferecidas pelo currículo. Na atualidade, o pensamento complexo afigura-se como uma proposta epistemológica que avança para além dos limites disciplinares. Fenômeno semelhante ocorre com muitas competências exigidas na formação profissional atual. Em que “lugar” se ensina e aprende a ética? Qual “disciplina” será responsável pela formação humanística do profissional em saúde? O mesmo pode ser pensado a respeito das capacidades de comunicação, liderança, resolutividade, entre outras. Sem pretensões de alimentar a discussão em torno do termo, tais áreas podem ser aproximadas do conceito de “temas transversais”, que possibilitam integrar áreas do conhecimento para além dos limites disciplinares, estabelecendo novas relações da alocação espacial dos saberes nos compartimentos curriculares tradicionais.

O currículo disciplinar é, tradicionalmente, o mais prevalente no ensino superior brasileiro na atualidade, em particular na saúde. A estrutura disciplinar parece, em muitos casos, mostrar-se cômoda e útil, ao conceder uma ordem lógica e linear aos conteúdos curriculares.

LINHAS E REDES

Em que pesem diversos movimentos de mudanças nos projetos pedagógicos das escolas, a maior parte dos currículos, na área da saúde do Brasil, tem o que se costuma denominar “características tradicionais”.¹² A disciplinaridade acompanha-se de dois marcos:

- intradisciplinaridade: os conteúdos são apresentados no contexto das próprias disciplinas, havendo reduzido grau de integração entre elas;

¹² Nessa afirmação, como ressaltado em S. Kramer, “Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica”, cit., o termo “tradicional” não tem a conotação implícita de algo que nos desagrada.

- linearidade: as disciplinas situam-se linearmente ao longo dos períodos, ocupando um ou dois em cada ano.

Nessa estrutura de disciplinas superpostas pela grade curricular, o aluno “aprende”, simultaneamente, conteúdos que não guardam relações entre si. Anatomia humana, genética, bioquímica, biofísica, histologia e outras tantas disciplinas são distribuídas ao longo de períodos da semana. As avaliações ocorrem, e os docentes já se programam contando com as faltas dos alunos na véspera das provas de outras disciplinas... Mesmo disciplinas obviamente inter-relacionadas, como a morfologia macro e microscópica de órgãos e tecidos (anatomia e histologia), são dissociadas, sendo o estudo da função das estruturas (fisiologia) deslocado para o ano subsequente.

Uma reflexão, mesmo que superficial, entretanto, sobre o processo de educação permanente, que realizamos em nossa vida profissional, aponta para o estudo em torno de temáticas, de situações-problema do cotidiano, que nos desequilibram e demandam a busca de informações pelo estudo. Com certeza, nenhum de nós acordou um dia com “vontade de estudar as síndromes de isquemia miocárdica”. É exatamente isso, porém, o que propomos para nossos alunos, ao iniciar nossa aula rotineira de “síndromes isquêmicas miocárdicas” às 8 horas da manhã da segunda-feira. A contextualização, na realidade, âncora no mundo da futura atuação do estudante, muitas vezes, é esquecida em nosso planejamento educacional. O resultado dessa “sequência óbvia” de conteúdos (que parece até ter existência própria) poderá ser um ensino sem aprendizagem, refletindo a “pedagogia bancária” à qual se refere Paulo Freire, em que a informação é “depositada” no estudante pelo professor, que espera vê-la repetida nas provas.

Esse processo de linearidade é refletido no ato de estudar do aluno, que, geralmente, utiliza livros-texto (ou anotações de aulas), em vez da rede de artigos e textos complementares que utilizamos em nossa educação profissional permanente.

Nesse ponto, o conceito de hipertexto pode contribuir para a reflexão curricular. Um hipertexto consiste em uma estrutura proposta para leitura, em que são oferecidos *links* ao longo do texto, cujo acesso permite, por exemplo, aprofundar conceitos ou remeter o leitor a citações ou a outras partes do texto. No hipertexto, a leitura jamais será a mesma para dois leitores (nem para o mesmo leitor, em dois momentos distintos). Essa estratégia, tornada possível

com a contribuição da informática, aproxima a leitura do processo de estudo de um pesquisador, que lê artigos científicos consultando as referências bibliográficas, lançando mão de algum texto citado, retornando ao artigo original, e assim por diante.

No plano curricular, a estrutura de redes afigura-se, atualmente, como uma estratégia de integração entre conteúdos. “Rede: eis a metáfora e a inspiração possível de um novo diagrama curricular. A rede que captura e que ampara, que distribui e abastece, canaliza e entrelaça, transmite e comunica, interliga e acolhe”.¹³ Uma geometria curricular reticular pode ser obtida, dentre outras estratégias, por intermédio das metodologias problematizadoras, que partem de situações da prática para, então, buscar, em referenciais teóricos, explicações e propor soluções. A integração ocorre em torno da situação, e os conteúdos surgem, não em uma sequência predefinida, mas à medida que são necessários e, portanto, significativos.

Portanto, a estrutura linear utiliza-se da lógica interna dos conteúdos, enquanto a rede estabelece a lógica das situações, no processo de estudo e de organização curricular.

Em uma estrutura linear de currículo, o máximo de integração que pode ser obtida é horizontal. Nesse processo, o planejamento de uma disciplina de conteúdo básico, por exemplo, busca nas disciplinas profissionalizantes os subsídios para selecionar o conjunto de conteúdos a ser ensinados e aprendidos.

Já um currículo em rede permite uma integração vertical, na qual, em torno de núcleos temáticos, conteúdos básicos e profissionais são inter-relacionados, fugindo das dimensões da “seqüência” acadêmica que, tradicionalmente, é adotada.¹⁴

Um caminho possível no sentido do equilíbrio, no currículo, entre conteúdos e estratégias de aprendizagem reside no conceito que embasa o denominador “currículo nuclear”. Nessa proposta, um conjunto de conteúdos – considerados essenciais para a formação profissional – é apresentado a todos os estudantes (sob a forma de disciplinas, módulos ou outros desenhos curriculares). Ao mesmo tempo, os alunos devem integralizar um determina-

¹³ A. C. Ramal, *Educação na cibercultura: hipertextualidade, leitura, escrita e aprendizagem* (Porto Alegre: Artmed, 2002), p. 186.

¹⁴ E. Marcondes & E. L. Gonçalves, *Educação médica* (São Paulo: Sarvier, 1998).

do número de créditos em atividades (cursos, disciplinas ou outras) eletivas. Estas, por sua vez, cobrem uma ampla gama de conteúdos, dos básicos aos profissionais, e são oferecidas, geralmente, a grupos menores de estudantes. O currículo nuclear apresenta a grande vantagem de possibilitar ao estudante o direcionamento de sua formação, com vistas ao seu desenvolvimento pessoal e profissional. Nesse sentido, o currículo nuclear opõe-se à homogeneização da formação. A estrutura de um currículo com essas características, contudo, geralmente exige uma estrutura acadêmica ampla, diversificada, que, em nosso meio, comumente, só é encontrada nas universidades públicas, onde a pesquisa científica ocupa um lugar de destaque. Esse é o caso, por exemplo, da Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina (Unifesp/EPM), que, com seus inúmeros laboratórios e docentes-pesquisadores, pode oferecer um conjunto extenso de disciplinas eletivas, compondo seu currículo nuclear na formação médica.

CURRÍCULO: O PLANEJADO E O COTIDIANO

Retornando brevemente à temática da conceituação de currículo, alguns autores parecem optar por definições demasiadamente abrangentes: “[...] é a escola em ação, isto é, a vida do aluno e de todos os que sobre ele possuem ter determinada influência. É o interagir de tudo e de todos que interferem no processo educacional da pessoa do aluno”.¹⁵ Nesse caso, cabe perguntar: O que é “currículo”? O que é “extracurricular”? Moreira adverte a respeito da necessidade de realizar delimitações quando se fala de currículo. O autor critica a abrangência ilimitada quando afirma que:

[...] da restrita visão de currículo como lista de disciplinas e conteúdos, passa-se a uma visão de currículo que abrange praticamente todo e qualquer fenômeno educacional [...]. Se, por um lado, essa flexibilização favorece a compreensão de que os efeitos da escola não se limitam aos decorrentes das atividades previstas nos planos curriculares, por outro acaba, nas pesquisas e teorizações, dificultando a concentração dos esforços nos problemas mais prementes da prática curricular.¹⁶

¹⁵ M. Menegolla & I. M. Sant’Anna, *Por que planejar? Como planejar? Currículo – Área – Aula*, cit., p. 51.

¹⁶ A. F. B. Moreira, “O campo do currículo no Brasil: os anos noventa”, em *Currículo sem fronteiras*, 1 (1), cit., p. 46.

Mesmo não sendo admitida uma abrangência irrestrita dos limites do currículo, como plano e processo, contudo, ele deve incluir, em sua concretude documental, a perspectiva de sua constante provisoriedade, admitindo que há experiências não-planejadas que são parte do processo de formação do indivíduo, no contexto de sua vida escolar, institucional. Em outras palavras, cabe refletir que o currículo não ocorre obrigatoriamente, no cotidiano, da maneira como foi concebido.

Assim, podemos falar de um “currículo planejado” e de um “currículo não-planejado”. No primeiro, temos o conjunto de experiências previamente incluídas no processo de formação, como caminho que a instituição oferece ao estudante. Já as experiências não-planejadas abrangem uma vasta gama de possibilidades. No que se denomina “currículo paralelo”, situam-se as atividades que o aluno busca espontaneamente, no âmbito da própria instituição, como é o caso de estágios em serviços e laboratórios. O “currículo informal” consiste nas experiências de formação procuradas pelo estudante fora da instituição. Na área da saúde, são comuns os plantões em serviços de emergência ou em estágios em serviços. É importante frisar que a escola pode ter conhecimento, com relativa facilidade, do que ocorre nos currículos paralelo e informal de seus estudantes. Muitas vezes, no entanto, as experiências que neles se desenvolvem não são transpostas para o currículo planejado, por falta de desejo político ou por dificuldades materiais.

Por último, no contexto das experiências educacionais não-planejadas, situa-se o “currículo oculto”. Esse é um campo repleto de fenômenos imprevisíveis, em que ocorre, habitualmente, uma grande parte da formação. Aqui se inserem, entre outros, os efeitos das inter-relações humanas, incluindo “normas e valores que são implícitos, porém efetivamente transmitidos pelas escolas e que habitualmente não são mencionados na apresentação feita pelos professores dos fins ou objetivos”.¹⁷

Quando, em cursos de pós-graduação, convido meus alunos a relatar “uma experiência de aprendizagem marcante em sua formação”, quase sempre são trazidos à sala de aula elementos do currículo oculto, como, por exemplo, relatos do professor que parou para conversar reservadamente com o aluno num momento crítico, que o chamou à reflexão ou disse uma palavra amiga,

¹⁷ Cf. Apple (1982, p. 127), apud A. F. B. Moreira, “Currículo, utopia e pós-modernidade”, em A. F. B. Moreira (org.), *Currículo: questões atuais*, cit., p. 14.

no corredor. Não raro, ocorrem relatos da incoerência entre o que é ensinado por um docente e sua prática na relação com o paciente.

Diferentemente das demais experiências não-planejadas, o currículo oculto é, como indica o próprio nome, de difícil acesso para os educadores. Seu estudo, em geral, situa-se no campo da pesquisa educacional.

Dessas reflexões, podemos concluir que, como plano, o currículo tem dimensões de larga abrangência.¹⁸ Nunca é, entretanto, um produto final, uma vez que precisa ser continuamente reconstruído, alimentado pelas informações obtidas pela avaliação e pela pesquisa. Por intermédio destas, é possível incorporar e aprimorar, no currículo planejado, as experiências educacionais que, sendo compatíveis com os objetos educacionais da instituição, ocorrem na realidade cotidiana dos estudantes, no trajeto de seu processo de formação.

OBJETIVOS EDUCACIONAIS E COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

A elaboração do currículo a partir de objetivos educacionais representa uma estratégia proposta, no fim da década de 1940, por Tyler, um estudioso clássico na área de currículo. Segundo o autor, são quatro as questões fundamentais do planejamento curricular:

- Quais são os propósitos educacionais que a instituição pretende atingir?
- Que experiências educacionais permitem atingir esses propósitos?
- Como essas experiências podem ser organizadas efetivamente?
- Como é possível determinar se esses propósitos estão sendo realmente atingidos?¹⁹

A resposta a essas questões resulta, respectivamente, na formulação de objetivos (entendidos pelo autor como as mudanças desejadas no comportamento dos estudantes, que podem ser avaliadas) e, posteriormente, na seleção dos conteúdos, no elenco de estratégias de ensino-aprendizagem e na formulação do projeto de avaliação.

Podemos entender os objetivos educacionais como:

¹⁸ H. Luck, *Planejamento em orientação educacional*, cit.

¹⁹ R. Tyler, *Basic Principles of Curriculum and Instruction* (Chicago: University Press, 1949).

[...] a descrição clara e precisa de resultados que se pretende alcançar ao final de uma determinada ação. Representa uma *intenção* e uma *previsão*, em termos de resultados, pois, ao mesmo tempo em que determina uma direção de ação, isto é, o que se deseja promover em um determinado período de tempo, propõe o que se pode promover nesse período.²⁰

O conceito de objetivos educacionais é, atualmente, expandido no sentido das competências profissionais a ser desenvolvidas durante o processo de formação.

A noção de competências, embora possa ser compreendida a partir de vários referenciais, guarda relação com a qualidade da ação em um determinado campo de exercício profissional. Deluiz afirma que, em termos gerais, competência é a “capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural”. A autora inclui, no conceito de competência, “além da dimensão cognitiva, intelectual e técnica [...] aquelas de natureza organizacional ou metódica, comunicativas, comportamentais, sociais e políticas”.²¹ A competência profissional avança para além da qualificação (esta encarada como uma instrumentalização para o trabalho), uma vez que valoriza a subjetividade do indivíduo no exercício profissional.

Recentemente, no campo da educação médica, Epstein e Hundert definem, a partir de uma extensa revisão da literatura, a competência profissional como “o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, valores e reflexão na prática diária, para o benefício do próprio indivíduo e da comunidade atendida”.²² Os autores situam, nas competências profissionais, sete dimensões, sobre as quais cabe refletir, no contexto do planejamento curricular na área da saúde.

A primeira dimensão é cognitiva, abrangendo, entre outros, um conhecimento nuclear e a relação com a informação, bem como a capacidade de abs-

²⁰ H. Luck, *Planejamento em orientação educacional*, cit., pp. 91-92.

²¹ Cf. Deluiz (1996), apud J. I. Motta et al., “Novos desafios educacionais para formação de recursos humanos em saúde”, em *Olho Mágico*, 8 (3), Londrina, 2001, p. 8.

²² R. M. Epstein & E. M. Hundert, “Defining and Assessing Professional Competence”, em *Journal of the American Medical Association (Jama)*, 287 (2), Chicago, 1999, pp. 226-235.

trair e solucionar problemas, de identificar lacunas no próprio conhecimento e de aprendizagem a partir da experiência.

A segunda dimensão é técnica, relacionando-se às habilidades profissionais propriamente ditas.

Situa-se, a seguir, a dimensão integrativa, incorporando o julgamento científico, clínico e humanístico, inter-relacionando o conhecimento básico ao profissional e a capacidade de lidar com situações de incerteza.

A quarta dimensão é contextual, definindo-se no convívio com os ambientes de trabalho e no uso racional do tempo.

A quinta é relacional, voltada para o trabalho em equipe, para as habilidades de comunicação interpessoal e para o convívio com situações de conflito.

A sexta diz respeito aos aspectos afetivos e morais, desdobrando-se na capacidade cuidadora, na tolerância, no respeito e na responsabilidade individual e social do profissional.

Finalmente, situa-se a dimensão dos hábitos mentais, relativa à observação da própria prática, à atenção, à curiosidade crítica, bem como ao desejo de reconhecer e corrigir os próprios erros.

O currículo baseado em competências tem, mais recentemente, suscitado discussões em nosso meio. No campo da educação em geral, a nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) estrutura a base curricular na noção de competência.²³ Nos processos específicos de formação superior, ao longo dos últimos dois anos, têm sido promulgadas Diretrizes Curriculares Nacionais para os diversos cursos de graduação. Os documentos são elaborados a partir de um perfil desejado de egresso.²⁴

Nas diversas profissões da área de saúde, o perfil é muito semelhante em seu núcleo comum, dizendo respeito a um profissional com

[...] formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na pers-

²³ J. I. Motta et al., “Novos desafios educacionais para formação de recursos humanos em saúde”, cit.

²⁴ Os documentos podem ser encontrados em <http://www.mec.gov.br/sea/diretriz.shtml>.

pectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.²⁶

Os profissionais devem ser capacitados no campo técnico-científico da atenção à saúde, bem como nos aspectos da tomada de decisões, da comunicação, da liderança, da administração e gerenciamento e da educação permanente.

Na elaboração do planejamento curricular, o perfil profissional (que é definido pelo projeto político-pedagógico de cada escola, a partir das diretrizes curriculares) desdobra-se em competências a ser desenvolvidas; estas, por sua vez, em objetivos, conteúdos, estratégias e procedimentos de avaliação. Assim, o processo desloca a centralidade do currículo do docente para o estudante, na medida em que as experiências vivenciadas por eles serão o principal determinante de seu processo de formação. No campo da saúde, a aprendizagem a partir das experiências implica a necessidade de construir uma estrutura de formação profissional em rede, em que a escola esteja efetivamente integrada com os serviços de atendimento, em graus variados de complexidade.

A discussão a respeito do desenvolvimento das competências e da necessária “flexibilização” do processo de formação ante um mundo em rápidas e constantes mudanças será retomada posteriormente neste texto. Neste momento, torna-se oportuna uma breve análise das características gerais dos currículos de escolas brasileiras da área da formação superior em saúde.

Currículos de graduação na área de saúde: principais características

A educação superior na área de saúde no Brasil passa, atualmente, por um momento de transformação. Devido a um conjunto de fatores determinantes de mudanças (discutidos no próximo tópico), as escolas reestruturaram seus currículos, no sentido de adequar a formação profissional às necessidades atuais.

De modo geral (salvo casos isolados, em determinadas áreas), as escolas de saúde que não promoveram tais mudanças têm estruturas curriculares com

características tradicionais. O perfil de formação profissional desejado nem sempre é claramente formulado, como também ocorrem omissões quanto à própria missão institucional.

Os conteúdos curriculares são agrupados em disciplinas ou módulos, havendo uma tendência à uniformização na formação (relacionada com a pouca disponibilidade de atividades eletivas). A integração entre áreas do conhecimento é, geralmente, reduzida. A fragmentação disciplinar induz a uma especialização precoce.

O ensino ocorre em momentos isolados de formação, havendo uma dissociação marcante entre os ciclos básico e profissional.

As metodologias de ensino baseiam-se na transmissão de informações, e há uma grande centralidade no docente, em suas aulas expositivas para grandes grupos, com reduzidos recursos didáticos complementares. O estudo, pelos alunos, geralmente se dá de forma linear, não raro limitado à memorização de cópias de apontamentos de aulas ou, no máximo, de livros-texto. A busca ativa de informações nas inúmeras fontes disponíveis na atualidade não é adequadamente estimulada.

Os processos de avaliação privilegiam a retenção de informações, em detrimento das habilidades de raciocínio e da aplicação em situações reais.

O ensino das atividades práticas, em geral, ocorre nos momentos finais dos cursos, partindo-se da proposta de que “primeiro é necessário saber, para depois fazer”. Essa tendência positivista, atualmente, é bastante criticada, uma vez que a prática pode, e deve, ser o fator problematizador, para que, caso ocorra o desequilíbrio intelectual do aluno diante de uma determinada situação, ele vá em busca da teoria necessária à compreensão e/ou à proposição de soluções. Essa “inversão de rota pedagógica” (da prática para a teoria) constituiu uma das mais importantes bases das propostas problematizadoras de ensino-aprendizagem.²⁶ Nesse aspecto, assim se expressa Cunha:²⁷ “[...] pode-se perceber que a dúvida nasce da observação e da leitura da prática do campo de conhecimento que a pessoa vive ou se propõe a estudar. Só a prática e a realidade são as fontes capazes de gerar a dúvida intelectual [...]”.

²⁶ Ministério da Educação, *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina* (Brasília: Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior, 2001), disponível em <http://www.mec.gov.br/ases/diretriz.shtml>.

²⁷ Nessa perspectiva, perde o sentido a expressão “inserção precoce do estudante na prática”, uma vez que o termo “precoce” supõe que haja um “tempo certo” ao qual se está antecipando.

²⁸ M. I. Cunha, *O bom professor e sua prática* (14ª ed. Campinas: Papirus, 2000), p. 30.

A necessária integração da escola com os serviços e a comunidade, porém, ainda está em fase de consolidação na maioria das escolas.

Uma perspectiva histórica da evolução do currículo de formação médica nos Estados Unidos, publicada em 1999 por Papa e Harasym,²⁸ em um artigo de referência para educadores em saúde, oferece importantes subsídios para a compreensão da dinâmica curricular nesse campo. Os autores relatam que, desde o ano de 1765, quando foi fundada, por Benjamin Franklin, a primeira escola médica (College of Philadelphia), até o fim do século XX, cinco modelos curriculares foram sequencialmente implementados, em um reflexo das mudanças no panorama da educação médica no país.

No primeiro modelo, os alunos eram aprendizes de médicos-tutores. Os conhecimentos básicos não eram muito valorizados e o estudo era realizado exclusivamente em apontamentos de aula, com frequência obrigatórios, até por volta de 1850, quando surgiram os livros-texto de medicina. A prática era aprendida no contato direto com a prática profissional (geral), com um mentor.

No segundo modelo, que tem início, sob a influência do ensino superior europeu, no fim do século XIX, os estudantes se deslocavam para universidades, subdivididas em departamentos e disciplinas específicas. Surgem os primeiros conceitos de que a memorização de conteúdos enciclopédicos deveria dar lugar ao pensamento crítico, à resolução de problemas e à atualização constante do conhecimento, por meio da auto-aprendizagem. Nesse contexto, a formação em uma “medicina científica”, defendida por Flexner, em 1910, passa a incluir um ciclo básico, em que o contato com o paciente é proscrito e o raciocínio clínico, com bases hipotético-dedutivas, torna-se o fundamento dos “hábitos essenciais da mente”.

Por volta dos anos 1950, tem início, no pensamento dos educadores médicos, a crítica ao modelo disciplinar e ao excesso de conteúdos na formação (principalmente no ciclo básico). Inicia-se a “educação integrada”, em que a elaboração dos currículos dos cursos passa a ser responsabilidade de um comitê (e não de chefes de departamento ou disciplina). Os conteúdos passam a ser abordados de maneira integrada por diversas áreas do conhecimento, agrupados em módulos relativos a aparelhos e sistemas, inicialmente considerando apenas conteúdos básicos e, mais tarde, incluindo aspectos clínicos. Nessa

²⁸ F. J. Papa & P. H. Harasym, “Medical Curriculum Reform in North America, 1765 to the Present: a Cognitive Science Perspective”, em *Academic Medicine*, 74 (2), Washington, 1999, pp. 104-164.

época, o estudo de casos clínicos e de sessões clínico-patológicas é valorizado. O ensino começa a ser responsabilidade de especialistas. O planejamento da formação volta-se para objetivos educacionais definidos pelos comitês.

O quarto modelo curricular inicia-se na década de 1970, incorporando as experiências das universidades de McMaster (Canadá) e Maastricht (Holanda), no ensino baseado em aprendizagem baseada em problemas (ABP) – *Problem-based Learning* (PBL) –, com pequenos grupos de alunos. Nesse momento, observamos uma clara influência da área de educação na formulação curricular, valorizando os processos cognitivos na aprendizagem, os estudos sobre a memória e a aprendizagem, bem como a relação do estudante como responsávelidade na construção de seu conhecimento.

Na década de 1990, o método hipotético-dedutivo na formação médica (amplamente utilizado na aprendizagem baseada em problemas) começa a ser alvo de críticas. Propõe-se um modelo curricular baseado na apresentação clínica, em que o processo “genérico” da resolução de problemas é substituído pelo da categorização individualizada (que forma a base da *expertise* dos especialistas), ante diversas apresentações clínicas. As situações clínicas são estudadas em níveis sucessivamente mais complexos de fisiopatologia e etiologia, aprofundando ainda mais o estudo das ciências básicas numa perspectiva de contextualização. Nesse esquema, cerca de 120 apresentações clínicas são abordadas, definindo algo como 720 categorias de doenças, englobando, por sua vez, diagnósticos específicos. A abordagem difere, entre outros aspectos, da ABP ao propor esquemas que desenvolvem o raciocínio “para a frente”, em vez do raciocínio “para trás”.

O relato acima apresentado permite, além da reflexão a respeito da evolução dos processos de formação, avaliar, nas áreas de atuação que nos são familiares (sem querer propor, de maneira alguma, determinado tipo de “padrão” para a formação superior na saúde), em que ponto se situam os modelos e pressupostos curriculares em relação a tendências de propostas curriculares.

O “PENSAMENTO CURRICULAR BRASILEIRO” E A FORMAÇÃO SUPERIOR NA ÁREA DE SAÚDE NO BRASIL

Lopes e Macedo²⁹ apresentam um breve relato da trajetória dos estudos e das experiências desenvolvidas no campo do currículo no Brasil. As autoras

²⁹ A. C. Lopes & E. Macedo, “O pensamento curricular no Brasil”, em A. C. Lopes & E. Macedo (orgs.), *Curriculo: debates contemporâneos* (São Paulo: Cortez, 2002).

referem-se à influência funcionalista, importada dos Estados Unidos, da década de 1920 à de 1980; às vertentes marxistas e à formação do “pensamento curricular brasileiro” nos anos subsequentes; à mudança do enfoque psicológico para o sociológico no início dos anos 1990; à visão do currículo como espaço de poder, situando-o no contexto político, social e econômico, ocasião em que se mostram particularmente influentes os trabalhos de autores como Apple e Giroux, na área do currículo propriamente dito, ao lado de outros estudiosos das áreas de filosofia e de sociologia.

No contexto das escolas de saúde brasileiras, no entanto, podemos afirmar que, até aproximadamente meados dos anos 1990, essa trajetória teórico-conceitual teve reflexos pouco visíveis nos currículos do ensino superior. A título de exemplo, podem ser citadas as escolas médicas, que, com seus currículos tradicionais, disciplinares, atualizados nos conteúdos e em algumas estratégias, mas não na essência da estrutura e organização, não estabeleceram vínculos consequentes com a área da educação, permanecendo fechadas em seus limites territoriais.

Ainda no contexto do pensamento curricular brasileiro, os últimos anos do século XX trazem uma discussão particularmente fértil a respeito da relação entre currículo e conhecimento.³⁰ Nessa época, observamos que muitas das questões relativas, por exemplo, à superação de dicotomias entre conteúdos, às metodologias de ensino e aprendizagem e à própria complexidade do conhecimento, da formação e do campo do currículo, passam, agora sim, a fazer parte das reflexões e inquietações dos educadores da área da saúde. Tais movimentos se traduziram na ampliação dos debates em reuniões científicas, na pesquisa e na produção de documentos e, como não poderia deixar de ser, em movimentos de mudanças curriculares concretas. É o momento em que, no Brasil, no campo da formação superior em saúde, são incorporadas e desenvolvidas propostas educacionais inovadoras, situadas desde estratégias no cotidiano no campo das práticas até transformações radicais do currículo de escolas.

Currículos na formação em saúde: por que mudar?

Alguns fatores globais determinantes de mudanças, relacionados à evolução do conhecimento científico, às novas relações com a informação e às mudanças do mundo do trabalho já foram discutidos anteriormente.

³⁰ *Ibidem*.

Nesse contexto, deve-se ressaltar a preocupação com a formação para um determinado grupo social como integrante da missão das escolas. Um trabalho recente³¹ revelou que, em escolas médicas do Reino Unido, dos Estados Unidos, do Canadá e da Austrália, embora sob diferentes formatos, as declarações de missão enfocavam três grandes campos: a educação, o avanço do conhecimento e o serviço à comunidade.

A avaliação das necessidades sociais afigura-se, portanto, como um requisito para a construção do perfil profissional que, num determinado momento, a escola pretende formar. Para tal, um conjunto de estratégias (muitas das quais relacionadas às técnicas de planejamento estratégico) pode dirigir a seleção de objetivos e conteúdos em uma determinada área profissional. Entre elas, destaca-se o levantamento de necessidades (*needs assessment*). De acordo com Ratnapalan e Hilliard, o levantamento de necessidades constitui-se em “um processo sistemático de coletar e analisar informações a respeito do que um determinado grupo precisa aprender”.³² Utilizando-se de diversos instrumentos (questionários, entrevistas, grupos focais, revisões de prontuários, entrevistas baseadas em casos clínicos, situações de simulação da prática e sondagens do ambiente/comunidade), o levantamento de necessidades pode constituir-se em uma importante estratégia para o planejamento de atividades curriculares, a partir de objetivos educacionais significativos.³³

A formação profissional voltada para necessidades sociais, no Brasil, vem se configurando, há alguns anos, no bojo de uma conjuntura peculiar, de que resultam reflexos profundos na educação, de um modo geral, e na formação superior em saúde, em particular.

O primeiro elemento dessa conjuntura deriva da própria Constituição Brasileira, que, no artigo 200, inciso II, estabelece que, ao Sistema Único de Saúde (SUS), compete, entre outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde”.³⁴ Dessa maneira, qualquer processo de formação

³¹ R. M. Lewkonja, “The Missions of Medical Schools: the Pursuit of Health in the Service of Society”, em *BMC Medical Education*, 1 (4), Londres, 2001, disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6920/1/4>.

³² S. Ratnapalan & R. I. Hilliard, “Needs Assessment in Postgraduate Medical Education: a Review”, em *Medical Education Online*, 7 (8), 2002, pp. 1-8, disponível em <http://www.med-ed-online.org>.

³³ D. E. Kern *et al.*, *Curriculum Development for Medical Education: a Six-Step Approach* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1988).

³⁴ Ministério da Educação, *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*, etc.

na área deve tomar como referência as necessidades originadas pelo modelo de assistência à saúde praticado pelo SUS, conforme explícita, com mais detalhes, o *Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde*.³⁵ Esse requisito pode encontrar entaves em alguns setores acadêmicos. Entre as razões, situa-se, primeiro, o fato de que a formação no contexto do SUS – e, atualmente, também na estratégia da saúde da família – exige uma prática nos próprios cenários onde ocorrem as ações de atenção à saúde. Torna-se, portanto, fundamental o estabelecimento de parcerias entre a academia e os serviços, nos diversos níveis de complexidade do sistema. Em segundo lugar, nem sempre os docentes envolvidos na formação estão inseridos no SUS, sendo, portanto, distanciados da lógica e da dinâmica próprias do sistema.

Como integrante da conjuntura mencionada, situa-se também a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que, no âmbito do princípio da autonomia das universidades, confere a estas a atribuição de “fixar os currículos dos seus cursos e programas, observadas as diretrizes gerais pertinentes”³⁶ (artigo 53, inciso II). A elaboração de tais diretrizes, por sua vez, é atribuição da União e dos estados (artigos 9, IV, e 10, III). A atual LDB substitui os antigos currículos mínimos, superando o caráter disciplinar e relativamente rígido da legislação anterior, no sentido da flexibilização dos projetos pedagógicos das escolas, ao propor elementos norteadores dos processos de formação a ser desenvolvidos nos contextos particulares das instituições de ensino.

Em que pesem os avanços da legislação com relação ao ensino superior no país, instaurando claramente uma formação voltada para a competência profissional, é necessário considerar que:

[...] todo esse *ideário da flexibilização curricular*, assimilado pelos documentos das instâncias executivas responsáveis pela formulação de políticas para a graduação no país, parece decorrer da compreensão de que estão ocorrendo mudanças no mundo do trabalho e, conseqüentemente, nos perfis profissionais, o que ocasiona a necessidade de ajustes curriculares nos diferentes cursos de formação profissional.³⁷ (grifos do autor)

³⁵ Ministério da Saúde, *Relatório da XI Conferência Nacional de Saúde* (Brasília: Ministério da Saúde, 2001), disponível em http://www.saude.gov.br/bvs/conf_tratados.htm.

³⁶ D. Saviani, *A nova lei da educação. LDB: trajetória, limites e perspectivas* (4ª ed. Campinas: Autores Associados, 1998), p. 178.

³⁷ A. M. Carami et al., “Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular

Algumas críticas surgem, no sentido de que:

[...] é preciso ter claro que a política oficial, ao se apropriar e redirecionar essa temática, em uma perspectiva pragmática e utilitarista de ajuste ao mercado, reduz a função social da educação superior ao ideário da preparação para o trabalho, a partir da redefinição de perfis profissionais baseados em habilidades e competências hipoteticamente requeridas pelo mercado de trabalho em mutação.³⁸

Cumpre também considerar que a proposta de “perfis profissionais” poderia suscitar, a princípio, a idéia de que o profissional deve sair da graduação “pronto”, dotado de todas as competências para o exercício profissional no mercado de trabalho. Nesse caso, o planejamento curricular deveria centrar-se nos conteúdos, e a qualidade do ensino seria reflexo da quantidade de informações do currículo.³⁹ Observa-se, contudo, no delineamento dos perfis profissionais da saúde propostos pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, o caráter de “provisoriamente constante” do conhecimento, o que, obrigatoriamente, leva à necessidade da educação permanente do profissional. Nesse caso, o eixo curricular desloca-se dos conteúdos para as estratégias de ensino-aprendizagem. Um estudante que, durante toda a sua graduação, recebeu passivamente informações de professores informadores, com certeza terá dificuldade em buscar ativamente, em sua vida profissional, as informações para construir e reconstruir seu conhecimento.

A afirmação acima não pretende diminuir o valor dos conteúdos na formação escolar. Na verdade, essa é uma crítica possível à afirmativa de que o aluno deve “aprender a aprender”, no sentido de que não apenas o aluno, mas a escola deve, sim, ser responsável por um conjunto de conteúdos necessários à prática profissional futura com qualidade.

Um outro elemento determinante da mudança dos projetos político-pedagógicos das escolas (e, conseqüentemente, de seus currículos) consiste na instauração, a partir de 1996, da avaliação do ensino superior realizada pelo Ministério da Educação. Os dois processos com maior visibilidade foram a Avaliação Nacional de Cursos (o Provão) e a Avaliação de Condições de Ensino, ambos, atualmente, sob a responsabilidade do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep).

³⁸ *Ibid.*, p. 77.

³⁹ M. L. Cunha, *O bom professor e sua prática*, etc.

No âmbito das condições de ensino, três grandes dimensões são avaliadas por comissões de especialistas: o corpo docente da escola, o projeto pedagógico e as instalações da instituição.⁴⁰ Não obstante as críticas que se possam fazer aos critérios e instrumentos utilizados, esse processo tem representado um vetor de mudança significativo nas instituições de ensino superior do país. Os resultados desfavoráveis no Provão (D e E) acarretaram avaliações de condições de ensino com maior frequência, mobilizando a busca pelo aprimoramento dos cursos pelas instituições, por intermédio da capacitação docente e da busca de parcerias na reconstrução de seus projetos pedagógicos.

Ainda no contexto dos fatores desencadeadores de mudanças, destacam-se as instituições que congregam especialistas e interessados na educação superior nas diversas áreas da saúde, como, por exemplo, a Associação Brasileira de Ensino Médico (Abem), a Associação Brasileira de Ensino em Enfermagem (Aben), a Associação Brasileira de Ensino em Odontologia (Abeno), entre outras. Tais órgãos promovem fóruns de grande importância para discussão das temáticas relativas ao ensino em suas áreas, além de publicar periódicos em que pesquisas, ensaios e relatos de experiências são divulgados para a comunidade acadêmica.

No campo específico da graduação médica, deve-se ressaltar a importância do Projeto Cinaem, da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação da Educação Médica. Instaurada em 1991, sob a coordenação da Abem e secretariada pelo Conselho Federal de Medicina, a Cinaem realizou, ao longo de mais de uma década, um processo amplo e profundo de diagnóstico da formação médica no país, das instituições aos indivíduos envolvidos. Posteriormente, foram apresentadas propostas de real transformação das escolas, no que diz respeito à gestão, à docência médica profissionalizada, ao processo de formação, à avaliação discente e à avaliação do processo de formação propriamente dito.⁴¹ O trabalho da Cinaem, certamente, é referência obrigatória para qualquer estudo a respeito da formação em saúde em nosso país.

Cabe também destacar que, no Brasil, algumas das mudanças curriculares mais significativas na área da saúde, nos anos 1990, foram decorrentes do

⁴⁰ Mais detalhes sobre o processo podem ser encontrados em <http://www.inep.gov.br/superior/condicoesdeensino>.

⁴¹ M. A. Basile, "Uma experiência nacional: Cinaem", em E. Marcondes & E. L. Gonçalves, *Educação médica*, etc.

Projeto UNI (União com a Comunidade), voltado para a educação dos profissionais de saúde. Implantado em 1991, com financiamento da Fundação W. K. Kellogg, o projeto tem como princípios:

[...] interdisciplinaridade, prática multiprofissional, inserção precoce do aluno na rede de serviços de saúde e na comunidade, ensino centrado no aluno e professor, com papel de orientador da aprendizagem, integração do ensino da área básica com a profissionalizante, ensino e pesquisa orientados pelos problemas prioritários de saúde da população, articulação do ensino, pesquisa e assistência.⁴²

Esses princípios resultaram em transformações curriculares de cursos de medicina e enfermagem, que adotaram metodologias problematizadoras como estratégia de ensino-aprendizagem e organização curricular.

Mais recentemente (em 2002), os ministérios da Saúde e da Educação instituíram um programa cujo objetivo é incentivar mudanças nos currículos das escolas médicas do Brasil, com vistas à formação de profissionais capacitados para a atuação no âmbito do SUS.⁴³ A proposta do programa, que pretende estender-se a outras áreas profissionais, primeiro incluiu cursos médicos, considerando-se suas graves distorções, no sentido da especialização dos egressos ainda durante o curso de graduação, afastando-se, portanto, do perfil da formação geral para a atenção básica à saúde. Acredita-se que as vinte escolas inicialmente incluídas no programa desenvolvam experiências nucleares, capazes de determinar, a médio e longo prazo, um reordenamento na formação médica – e na área de saúde, como um todo – no país.

Como decorrência da conjuntura discutida, as instituições de ensino superior na área da saúde têm buscado efetuar mudanças em seus projetos político-pedagógicos, no sentido de replanejar seus currículos. Nesse sentido, uma formação profissional de qualidade deve romper com alguns "vícios", dentre os quais se destacam:

⁴² C. B. Godoy, "O curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina na construção de uma nova proposta pedagógica", em *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 10 (4), Ribeirão Preto, 2002, p. 596.

⁴³ A descrição do Programa pode ser encontrada no artigo do Ministério da Saúde/Secretaria de Políticas de Saúde "Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde: Saúde e Educação lançam programa para mudar o currículo de medicina", publicado na *Revista Saúde Pública*, 36 (3), São Paulo, junho de 2002, pp. 375-378.

- A supervalorização do que é teórico sobre o que é prático. A prática é vista como uma aplicação da teoria e não como um cenário gerador de teorias. Os conceitos predominam sobre as experiências. Ao final, a insistência excessiva nas teorias acaba repercutindo nas possibilidades de construir novos conhecimentos que consistam em aportes reais para a melhoria das atuações docentes.
- A redução do que é científico aos seus formatos mais formalizáveis. Vale mais fazer citações do que possuir uma bagagem de experiências profissionais. O esquematismo da lógica e do conhecimento racional impera sobre a complexidade dos processos reais, que são dificilmente redutíveis a categorias lógicas, modelos ou taxonomias.
- A perda das visões globais e integradoras dos campos científicos. A especialização prematura acaba esmaecendo o fundo disciplinar e interdisciplinar das questões abordadas.⁴⁴

Conclui-se, portanto, que mudanças curriculares são muito mais do que alterações na grade disciplinar, acrescentando disciplinas ou reformulando suas cargas horárias.

São necessárias mudanças que promovam a ampliação e o aprofundamento nos campos da ciência, da arte e da técnica, sem desconhecer que é fundamental tratar, também, dos aspectos epistemológicos, das relações entre prática e teoria, da introdução de perspectivas interdisciplinares, de promover o pensamento crítico, a criatividade, a capacidade de resolver problemas, de unir ensino e pesquisa como indicadores de melhoria da qualidade do ensino universitário.⁴⁵

As demandas de gestores no sentido de “adaptar nosso currículo às novas diretrizes curriculares”, de “estudar o que existe nas outras escolas e modificar um novo currículo”, podem resultar ou em modificações pontuais da grade, ou na importação de modelos, em um processo que, na contramão da própria definição de currículo como construção da própria escola, única, individual, histórica e socialmente inserida, impõe caminhos construídos em outros contextos e trilhados por outros indivíduos.

⁴⁴ Zabala, *apud* M. I. Cunha, *O bom professor e sua prática*, cit., p. 31.

⁴⁵ M. I. Cunha, “Aportes teóricos e reflexões da prática: a emergente reconfiguração dos currículos universitários”, em M. Masetto (org.), *Docência na universidade* (2ª ed. Campinas: Papirus, 2002), p. 31.

Curriculo na formação em saúde: como mudar? Os desafios de um caminho

Nesta última parte do texto, procuro consolidar as reflexões apresentadas, por meio do relato de uma experiência de planejamento curricular, da qual participei como membro de uma equipe de consultoria, para mudanças curriculares de uma escola médica.

O planejamento realizado partiu do entendimento de que não se estava elaborando um mero documento que atendesse a uma burocracia da universidade ou do Ministério da Educação e Cultura (MEC), mas um instrumento institucional que, realmente, promovesse a qualidade do processo de formação. Tal proposta, para que fossem estabelecidas relações de pertinência da comunidade acadêmica com ela, teria, obrigatoriamente, de ser construída “de dentro para fora”, e não ser trazida “de fora para dentro”, por um grupo de consultores ou por alguns docentes da própria escola.

Na verdade, a proposta foi construída durante o próprio percurso, ocorrendo a implementação imediatamente após o planejamento, considerando-se que “uma proposta pedagógica é construída no caminho, no caminhar; não é, pois, implantada, mas plantada, enraizando-se, ramificando-se, enfrentando problemas de diversos tipos”.⁴⁶ Deve ser ressaltada a importância crucial do processo de avaliação, como fonte das informações necessárias para os inevitáveis replanejamentos.

Em um primeiro momento, o grupo de consultores visitou a instituição, conhecendo os diversos cenários de ensino e aprendizagem existentes e possíveis, intra e extra-escolares. Foram colhidas informações a respeito da cidade na qual a instituição se situava, sendo visitados os serviços de saúde do município. A seguir, examinaram-se os documentos relativos ao curso: o projeto pedagógico, os textos que detalhavam o currículo (ementas de disciplinas, instrumentos de avaliação, etc.), bem como os relatórios de avaliação originais no MEC (Avaliação das Condições de Ensino e resultados do Provão).

Três grandes eixos permearam todo o processo de reforma curricular: o planejamento didático-pedagógico, a capacitação docente e o planejamento do processo de avaliação institucional.

⁴⁶ S. Krumer, “Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica”, cit., p. 29.

No contexto do planejamento curricular propriamente dito, o próximo passo consistiu na elaboração, pelos consultores, de uma estratégia de ação para desencadear as mudanças que se faziam necessárias. Considerando que replanejar um currículo envolveria conflitos institucionais e interpessoais, optou-se por iniciar o processo com uma oficina de planejamento estratégico, que contou com a participação dos gestores, dos consultores e de, aproximadamente, cinquenta docentes do curso.

A oficina, inicialmente, incluiu um estudo das diretrizes curriculares, ao qual se seguiu a formulação, pelo grupo, do perfil de egresso que se pretendia formar. Diante desse perfil, o currículo atual do curso foi analisado e houve consenso sobre a necessidade de mudanças. Implicitamente, a partir desse momento, os participantes estavam, de certa forma, comprometidos com o processo. A seguir, a oficina apontou, por meio de discussões em grupos e do preenchimento de tarjetas, características do currículo que não eram compatíveis com o perfil do egresso que se pretendia formar. Na sequência, foram construídas listas de nós críticos e de ações (amplos) a ser realizadas.

Dois importantes documentos foram elaborados nessa oficina, referentes aos objetivos gerais do curso e aos princípios norteadores da reforma curricular. Neste último, por exemplo, registrava-se que a prática profissional seria o eixo segundo o qual seriam selecionados os conteúdos curriculares e as estratégias de ensino-aprendizagem. Os princípios constituíram um instrumento de grande valor nas etapas posteriores do planejamento, em particular na fase de elaboração dos programas propriamente ditos, em que se evidenciou que, da prática, deveriam originar-se todos os objetivos educacionais, dos mais gerais do curso aos mais específicos das unidades (módulos) e das aulas.

Quando alguma temática não podia ser problematizada com relação à prática profissional, levantava-se o questionamento de sua pertinência como conteúdo curricular. Esse processo mostrou-se particularmente interessante no campo das ciências básicas, que, não raro, se voltam para os conteúdos como eixo do planejamento, não atribuindo significação a determinados tópicos com relação à prática.

Com base nos documentos originados na oficina e considerando as características da instituição, do curso e dos docentes, os consultores optaram por propor um modelo curricular estruturado em módulos, integrando as diversas disciplinas do currículo anterior. Esse desenho não alteraria radicalmen-

te a estrutura institucional (como o modelo ABP, por exemplo, que rompe com as disciplinas), mas promoveria, na dependência do planejamento e da capacitação docente, uma significativa integração entre as áreas do conhecimento.

Os módulos foram construídos a partir da proximidade dos campos de estudo e de sua contextualização na formação profissional. Assim, a título de exemplo, as disciplinas Anatomia, Histologia e Fisiologia foram agrupadas em um grande módulo em que se estuda a morfologia e a função do ser humano. A integração foi proporcionada pela abordagem de núcleos temáticos (por exemplo: a “motilidade voluntária”, partindo da neuroanatomia cortical e dos feixes descendentes, passando pela fisiologia da neurotransmissão, pela morfologia dos músculos e chegando à contratilidade das miofibrilas, no nível histológico e funcional).

Os módulos voltaram-se, no primeiro ano, para o estudo do ser humano normal. No segundo, o processo do adoecer humano teve destaque, sendo iniciada a capacitação para o exame físico, com o auxílio da anatomia topográfica. No terceiro e no quarto ano, foram estudadas as doenças mais prevalentes nos diversos ciclos da vida humana.

Desde a primeira oficina de planejamento, ficou evidenciada a necessidade, ante o perfil de formação traçado (aliando à formação técnico-científica os aspectos éticos e humanísticos), de uma dimensão longitudinal no currículo, integrando diversas áreas. Assim, paralelamente aos módulos, que se constituíram no que se chamou de “dimensão vertical” do currículo, foi planejado um módulo horizontal, com duração de quatro anos, no qual o aluno é inserido, desde os primeiros momentos do curso, em sua prática profissional futura, em graus de profundidade e responsabilidade crescentes.

No primeiro semestre, ocorreu uma aproximação da comunidade, delimitando-se uma área geográfica, na cidade, para as ações. Os estudantes, em duplas, realizaram um levantamento demográfico e nosológico da população da região e elaboraram um relatório. Nesse processo, as diversas áreas de conhecimento (antigas disciplinas) foram inseridas nos momentos em que se faziam necessárias: sociologia, epidemiologia e estatística, entre outras. Nos semestres subsequentes, os alunos selecionaram duas doenças específicas (verminose e hipertensão arterial), para ações de diagnóstico e educação para a saúde.

Nessa extensa dimensão horizontal, ocorre a capacitação dos estudantes em algumas habilidades profissionais, desde procedimentos como curativos e aferição dos sinais vitais, até a realização da anamnese clínica. Um outro conjunto de atividades aproxima os alunos dos diversos ambientes da prática médica, nos vários níveis de complexidade da atenção à saúde.

Ao longo do planejamento dos módulos, buscou-se ver o currículo sempre em sua globalidade, não nas unidades que o compõem, com vistas aos objetivos e aos princípios gerais formulados, relacionados ao perfil profissional.

Um importante ponto do planejamento consistiu na seleção dos cenários de ensino-aprendizagem. Afastando-se do modelo hospitalocêntrico de formação, a nova proposta curricular optou pela diversificação, incluindo atividades na comunidade, em unidades básicas de saúde, em ambulatorios, no serviço de resgate, bem como em escolas, creches, asilos de idosos, e no Hospital Universitário (aqui tendo sido considerados locais que variavam das enfermarias aos serviços de apoio administrativo e técnico).

As estratégias de ensino-aprendizagem privilegiaram o trabalho com pequenos grupos, evitando, ao máximo, as aulas expositivas para grandes turmas. Foram planejadas atividades capazes de desenvolver a capacidade da busca ativa de informações para a construção do conhecimento, como trabalhos em grupo, discussão de casos, etc.

Na organização do tempo escolar, foram previstos espaços verdes, consistindo em um período (manhã ou tarde) destinado às atividades do aluno, no qual não havia programação escolar.

Em paralelo ao planejamento didático-pedagógico, no campo da capacitação docente, realizaram-se reuniões e cursos, partindo de uma aposta (manifesta) na possibilidade dos docentes atuarem como multiplicadores, originando uma massa crítica capaz de realizar mudanças.

Em todo o processo, foi considerada a imprevisibilidade da aceitação, pelos diversos elementos participantes, das propostas elaboradas. No conjunto dos indivíduos envolvidos, porém, os docentes mostraram-se como ponto crucial para mudanças. Essa constatação já havia sido registrada em outras experiências de replanejamento curricular.⁴⁷

⁴⁷ L. Koifmann, "O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense", em *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, 8 (1), Rio de Janeiro, 2001, pp. 48-70.

Embora planejar seja uma "palavra de ordem" nas instituições de ensino, o professor parece mostrar uma certa antipatia pelo planejamento, possivelmente por causa de experiências pregressas de que "os planos não são viáveis na prática", ou pela associação entre o planejamento e a mera exigência burocrática. Na verdade, o planejamento incomoda porque desestabiliza a rotina, na medida em que propõe o questionamento do cotidiano e estabelece claramente objetivos e processos avaliativos. Uma vez que o planejamento é desenhado pela constatação de uma lacuna, planejar significa, obrigatoriamente, mudar. E as mudanças são incômodas, ao colocar os participantes do processo diante do futuro, do imprevisto, do imponderável, em oposição à rotina, que é o caminho conhecido, aquele que "está dando certo", em que tudo já está devidamente preparado e ordenado.

No terceiro eixo da reforma curricular, a avaliação foi encarada como o grande instrumento que, investigando a realidade do processo, forneceria os subsídios necessários para a reatualização do planejamento. Dessa maneira, todos os setores da instituição foram incluídos na avaliação. Embora, por questões institucionais, os alunos não tenham participado das fases de planejamento, em alguns momentos, eles (em sua representação oficial na instituição) foram chamados para avaliar o processo (tanto o curso como um todo, como os módulos individuais). Observou-se que os estudantes traziam para as reuniões aspectos que somente poderiam ser desvendados sob sua óptica específica. Questões que docentes, gestores e consultores não poderiam antever (ou sequer observar na realidade) foram claramente apontadas pelos discentes, motivando revisões no planejamento curricular.

As avaliações evidenciaram alguns problemas no decorrer do processo. Talvez o mais importante tenha sido a própria resistência dos docentes às mudanças, que se manifestou, principalmente, na integração interpessoal e entre as diversas áreas disciplinares. O desenho curricular em módulos previa não a superposição de conteúdos, mas uma real integração de áreas afins do conhecimento, em torno de núcleos temáticos. Durante pelo menos o primeiro ano da implantação do novo modelo, contudo, os docentes se identificavam como da área da antiga disciplina e não do novo módulo. Coerentemente, os alunos também se referiam aos docentes por suas disciplinas originais. Essa identidade teve reflexos óbvios nas práticas docentes. Assim, as primeiras avaliações de aprendizagem permitiam claramente apontar questões relacionadas a uma ou outra disciplina, e não ao conjunto do módulo.

Um aspecto particularmente complexo foi a dificuldade na relação do estudante com a informação, em um currículo integrado. Tornou-se necessário, em um dado momento, inserir no currículo momentos de capacitação para leituras em múltiplas fontes, em uma aproximação do conceito, anteriormente discutido, de leitura em rede.

Evidenciaram-se também problemas decorrentes da convivência com dois currículos na graduação. Foi extremamente gratificante, porém, observar a “contaminação” da escola como um todo, no processo de reestruturação curricular, no sentido, por exemplo, da reformulação de práticas de ensino e avaliação em turmas ainda no currículo anterior. O descontentamento das turmas anteriores por não estarem participando do “currículo novo” levou à necessidade de planejar reformulações mais amplas e simultâneas na instituição. Assim, por exemplo, todo o internato passou por um processo de reformulação.

A experiência, como um todo, mostrou que as mudanças curriculares dependem estreitamente do apoio de todos os segmentos institucionais: gestores, docentes, funcionários e alunos. Ficou também evidente que a formação voltada para competências não pode prescindir da articulação da escola com a comunidade e os serviços. Portanto, gestores acadêmicos e do poder público devem construir parcerias, com resultados positivos para todos os participantes do processo.

Palavras finais

Não sei por onde vou.

Não sei para onde vou.

Mas sei que não vou por aí.

JOSÉ RÉGIO, “CÂNTICO NEGRO”, EM *POEMAS DE DEUS E DO DIABO*, 1925.

O campo do currículo é particularmente complexo, em constante reformulação. Uma ampla gama de possibilidades apresenta-se, atualmente, aos planejadores educacionais, em termos de fundamentos teóricos, modelos e arquiteturas curriculares. As opções mais radicais, que resultam em reais processos de transformação dos processos formativos, exigem a ruptura com um paradigma e com práticas que hoje, sabemos, não são compatíveis com a

educação do profissional que desejamos, em particular na área da saúde. Tais rupturas, contudo, são difíceis e originam, de hábito, reações de resistência dos indivíduos.

O planejador da área de currículo, além do subsídio conceitual que emerge da aproximação das áreas da saúde e da educação, conta com dois instrumentos fundamentais para o aprimoramento da formação profissional no contexto do currículo. O primeiro consiste na avaliação, considerando-se esta como voltada à globalidade dos processos institucionais de gestão e formação, bem como dos indivíduos que deles participam. O segundo situa-se no campo da pesquisa educacional, dirigida tanto aos aspectos teóricos do campo do currículo (modelos, formatos, estratégias, etc.), como à investigação científica das práticas de formação, no campo prático em que elas ocorrem.