

Capítulo 2

Tendências da Educação Médica no Brasil e no mundo nas décadas de: 1982 - 1992

Valdes Roberto Bollela, Maria de Lourdes Veronese Rodrigues, Luiz Ernesto de Almeida Troncon

Introdução

No período compreendido por este capítulo (1982 a 1992) a educação médica no Brasil era discutida e regulamentada pela Comissão de Ensino Médico instituída pelo Ministério da Educação, que refletia as preocupações dominantes nesta época.

Este capítulo foi baseado em um documento intitulado “Ensino Médico: Bases e Diretrizes para sua Reformulação”, produzido pela Comissão de Especialistas do Ensino Médico da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação. A referida Comissão foi instituída em março de 1986 e era composta por Clementino Fraga Filho (coordenador), Alice Reis Rosa (relatora), Adib Domingos Jatene, Adonis Reis Lira de Carvalho, Cícero Adolpho da Silva, Eduardo Marcondes Machado, João José Candido da Silva, Lupércio do Souza Cortez Junior, Sergio Carlos Eduardo Pinto Machado e Tancredo Alves Furtado¹. Na apresentação do referido documento, Paulo Elpídio de Menezes Neto destaca alguns aspectos importantes do contexto no qual estava sendo produzido este relatório:

“...Daí a conveniência de preparar um documento sintético, que tentasse realizar a consolidação de muitos trabalhos produzidos e dos conceitos estratificados, de maneira a facilitar sua apreciação pelas escolas...”.

E na sequência acrescenta:

“...Por outro lado julgou a Comissão que seria oportuno mostrar a conciliação dos fundamentos doutrinários e dos objetivos do ensino médico de graduação que, ainda hoje, suscitam incompreensões e controvérsias na comunidade de administradores educacionais, professores e alunos.”

E conclui:

“Neste momento, mudanças importantes estão ocorrendo na estrutura dos serviços de saúde, as quais vão refletir, necessariamente, na educação médica. É preciso que o setor de formação de recursos humanos não apenas se ajuste a estas modificações, mas procure estar presente no processo de mudanças, trazendo-lhe a influência do pensamento universitário.”

Trinta e cinco anos depois, estas palavras parecem mais atuais e vivas do que nunca.

Compromisso Científico e com a Assistência à Saúde da Escola Médica

No início da década de 1980, vários estudos e documentos produzidos na América Latina e no mundo acerca do ensino médico, guiaram as recomendações feitas para a área e que resultaram em tendências que foram seguidas e podem ser observadas nos currículos e na formação médica brasileira, nas décadas seguintes. Uma mudança radical observada em todas os documentos deste período destacava que a educação médica não podia ser considerada como um processo isolado e, sim, como um aspecto fundamental do sistema de saúde nacional e da estrutura assistencial, assumindo que as instituições educacionais da área da saúde deveriam exercer influência sobre as transformações em curso e desempenhar papel catalítico nas reações de ambos os sistemas – o da saúde e o da educação. Em outras palavras, não se admitia que os cursos de medicina e da área da saúde fossem pensados e concebidos, sem que, paralelamente, se pensasse na organização e no funcionamento do sistema de saúde e no entorno da escola médica. Este é um conceito muito valioso, que já constava dos documentos de referência da época e depois ganhou força, sendo amplamente utilizado agora no século XXI, sob a denominação de *social accountability*², ou, em português, “a responsabilidade social da escola médica”.

O consenso daquele momento era de que as escolas médicas brasileiras tinham se acomodado e formavam médicos centrados essencialmente na linha do cuidado individual, e não necessariamente vinculados aos interesses da comunidade. Por esta razão, seu compromisso social, aparentemente óbvio, deveria ser reafirmado e explicitado para o futuro.

Com a redemocratização do país, surge o esforço da reformulação do ensino em paralelo à reestruturação do sistema de saúde, que culminaria na criação do Sistema Único de Saúde, após a elaboração e a promulgação da Constituição de 1988.

No documento produzido pela referida Comissão de Especialistas¹, em 1986, foram assumidos compromissos com a incorporação das contribuições científicas, com a assistência e os serviços de saúde no ensino e os currículos das escolas médicas brasileiras. O compromisso científico encontrava lastro nas escolas médicas europeias, em especial as da Alemanha, e, também, nas Américas, onde tinha como principal referencial o relatório Flexner (1910)³. Resumidamente, Flexner recomendou que o médico tivesse uma formação sólida em ciências básicas, que fosse treinado em hospitais escola ligados à Universidade, com laboratórios bem equipados e com corpo docente constituído por professores trabalhando em dedicação exclusiva ao ensino, pesquisa e assistência.

O modelo de ensino adotado na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), desde a sua criação, apresenta várias destas características, que se mantém até a atualidade. Importante mencionar que a Comissão de Especialistas de 1986 incluiu no compromisso científico da escola médica o ensino e o domínio das ciências sociais por parte dos futuros médicos. Algo que sempre foi muito difícil de viabilizar por conta de resistências a este entendimento e, principalmente, pela sobrevalorização do ensino das ciências biológicas, em detrimento do ensino das ciências sociais. Este é um desafio enfrentado até os dias atuais.

Em relação ao compromisso da escola médica com a assistência à saúde, a preocupação vigente nos meados da década de 1980 era a do rápido aumento do número de escolas médicas no Brasil e o papel destas escolas junto ao sistema de saúde. Outro aspecto importante que emergiu nesta época era

a preocupação com o ensino da medicina preventiva, que era uma recomendação unânime de todos os organismos latino-americanos, a começar pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS)⁴.

Dois movimentos, de âmbito mundial, nas duas décadas anteriores, indicavam os rumos para a mudança. O primeiro ocorreu na década de 1960, no Canadá e nos Estados Unidos da América, que iniciaram uma ação organizada para estimular a formação de médicos de família, que representava uma reação à especialização excessiva. O sucesso desse movimento resultou no surgimento de uma nova especialidade, a Medicina de Família e Comunidade. O segundo movimento tinha como base a expressão reivindicatória de justiça social, que acentuou fortemente a prioridade que se daria aos cuidados básicos de saúde (atenção básica ou atenção primária em saúde), como um meio de proporcionar melhorias na saúde da população, em especial, na das pessoas mais carentes. Este movimento culminou com a Conferência Internacional, realizada em Alma-Ata, cidade do Kazaquistão, no ano de 1978, que influenciou profundamente as mudanças na organização dos sistemas de saúde em toda a América Latina e, em especial, no Brasil, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei Orgânica da Saúde, de número 8080, de 19 de setembro de 1990.

No artigo 6 da Lei 8080 foram estabelecidas as atribuições do SUS que, dentre outras, incluía no seu parágrafo terceiro a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Em seu artigo 14, esta Lei definiu que deveriam ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Em parágrafo único determinava também que cada uma dessas comissões teria por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Finalmente, o artigo 15 da Lei 8080 definia, como atribuição comum da União, dos Estados e dos municípios, a participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde.

Estas definições advindas da nova Constituição Federal de 1988 e da Lei Orgânica da Saúde de 1990 guiaram todas as mudanças curriculares nas escolas médicas brasileiras, a partir da década entre 1980 e 1990. A expressão destas mudanças na organização do sistema de saúde aparece nas diretrizes e documentos guia para a organização e revisão de currículos dos cursos de medicina e outras profissões, dentro de um referencial teórico denominado programa de integração docente assistencial, que serviu de base para todas as revisões curriculares a partir da década de 1980 e foram ampliadas com a proposta do projeto UNI, que abordaremos um pouco mais adiante neste texto.

Já em 1986, estava clara uma recomendação, que foi tema de muitos debates no final do século XX, a da terminalidade dos cursos de graduação em medicina. Esta discussão aconteceu de maneira intensa e frutífera na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e resultou na elaboração dos Objetivos Terminais e Intermediários do curso de Medicina. Este tema é abordado com mais detalhes no capítulo sobre o ensino de graduação na quarta década da FMRP deste livro.

Diferentemente do que acontecia no Hemisfério Norte, os cursos de medicina, do Brasil e da América Latina, buscavam entregar à sociedade um profissional capaz de praticar a medicina ao

término da graduação. As razões para isso eram muitas, desde as precárias condições de saúde da população da região, passando pela falta de oportunidades em número suficiente para formação pós-graduada (*lato sensu* e *stricto sensu*) de todos os egressos das escolas médicas naquele momento. No documento intitulado, “Formação Médica para uma nova política de saúde” é possível identificar um objetivo primordial para os cursos de graduação em medicina: “formação geral do médico, em qualquer circunstância”. Para que isso pudesse ser feito seria preciso definir com maior precisão as prioridades e objetivos educacionais esperados (perfil do egresso) e as estratégias educacionais necessárias para formação dos médicos das 76 escolas médicas existentes na época⁵. As áreas prioritárias na formação médica incluíam: clínica médica, pediatria, tocoginecologia, pequenas cirurgias, medicina social e psiquiatria. A proposta era prover uma formação capaz de oferecer um lastro suficiente para tornar o egresso da escola médica apto para o exercício profissional e, também, para continuar sua formação acrescentando novas experiências educacionais em pós-graduação e ao longo da vida profissional, na modalidade de educação continuada.

Outro elemento chave na formação médica em todas as grandes escolas médicas do Brasil era o Hospital Universitário. Como mencionado anteriormente esta era uma das recomendações centrais do relatório Flexner de 1911. A existência de um hospital de ensino ligado a universidade tinha vários objetivos e buscava assegurar a qualidade científica do ensino médico, ao mesmo tempo em que se oferecia assistência médica de alto padrão. A relação entre hospitais e escolas médicas variavam, de acordo com a capacidade de articulação entre a gestão universitária e as mantenedoras dos hospitais. Nas escolas públicas estaduais e federais em que foram construídos hospitais universitários vinculados à escola médica tiveram relação mais produtiva do que em outros contextos no Brasil onde houve muita divergência quanto a sua administração.

A mencionada Comissão de Ensino Médico destacou em seu relatório que as ações de ensino deveriam ser secundárias e complementares às da saúde.

“Onde se presta boa assistência, no nível definido pelos objetivos do hospital no sistema de saúde hierarquizado, certamente o ensino será de boa qualidade”

Esta frase aborda um aspecto verdadeiro e central na formação da futura geração de profissionais da saúde. Aqui não há tendência, é uma questão atemporal que deve sempre estar presente em qualquer contexto.

Aspectos Pedagógicos e Estratégias Educacionais

O diagnóstico da Comissão de Ensino Médico de 1986 era que a indefinição do conjunto de competências dos médicos ao final da graduação era uma das principais lacunas que deveria ser sanada, pois resultava em desempenho inadequado dos egressos das escolas médicas. Era bem definido o entendimento que, se não houvesse clareza dos resultados esperados para a aprendizagem, seria difícil escolher ou adequar as estratégias educacionais e planejar a própria avaliação do estudante durante a organização do currículo. A forma habitual de decisão quanto a tais estratégias de ensino e avaliação, a

serem selecionadas por professores ou grupos isolados de professores, nos limites das suas disciplinas, não se ajusta aos objetivos da escola.

Em relação aos cenários de ensino, a proposta era de maior integração entre as disciplinas do ciclo básico inicial e destas com as atividades a serem desenvolvidas nos anos mais avançados do currículo (etapa clínica). Neste período é que surgem as recomendações para a diversificação dos cenários de ensino e aprendizagem, ampliando estes espaços de prática profissional para além do hospital escola.

Os centros de saúde escola, inclusive o Centro de Saúde Escola (CSE) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo localizado na rua Cuiabá, do bairro Sumarezinho, é deste período⁶. Os CSEs e similares eram uma das estratégias para viabilizar a integração docente assistencial ou, como também era conhecida, a integração ensino e serviço, mencionada no relatório da Comissão de Especialistas do Ensino Médico do MEC. Geralmente, a escola mantinha alunos em ambulatorios fora do hospital de ensino e em unidades de saúde da atenção primária, em áreas mais periféricas do município.

Além desta estratégia, que ampliava os cenários de prática profissional dentro do município, existiam também propostas para a utilização, pelos estudantes do internato, de ambulatorios e unidades de saúde fora do município sede da escola. Esta modalidade de ensino utilizada nos últimos anos do curso de medicina era conhecida como internato rural. Uma das experiências pioneiras no Brasil do internato rural foi descrita por Alves (1998) na Universidade Federal de Minas Gerais, e teve início em 1978 nos municípios do Norte de Minas Gerais⁷. Na FMRP-USP, o primeiro cenário do internato rural foi o município de Cassia dos Coqueiros, SP, que já em 1965 teve seu posto médico transformado no Centro Médico Social Comunitário “Pedreira de Freitas”, integrando as atividades preventivas e curativas, e incorporando no mesmo estabelecimento, o Centro de Saúde sob coordenação do Departamento de Medicina Social da Faculdade. Este provavelmente foi o primeiro cenário utilizado para realização do internato rural no Brasil⁶.

Segundo o MEC, a integração docente assistencial deveria constituir-se em instrumento pedagógico fundamental das escolas médicas brasileiras e teve sua expressão na FMRP-USP nestes cenários já mencionados acima e somados ao Centro Médico Social Comunitário de Vila Lobato, criado em 1968, e o Posto de Atendimento de Comunidade na Usina São Martinho, no município de Pradópolis. Algumas décadas depois estes cenários seriam ampliados para as unidades básicas de saúde (UBS) e unidades de saúde da família (USF) a partir da criação dos Distritos Sanitários, mas esta história será contada em outro momento (mais adiante) da história da FMRP-USP⁶.

Do ponto de vista pedagógico, as tendências existentes na década de 1980 podem ser resumidas a partir dos estudos de alguns autores, dentre os quais destacamos Barrows (1994)⁸, Harden (1994)⁹ e Venturelli (2000)¹⁰ que apontaram os princípios que deveriam nortear a organização dos currículos de medicina: educação centrada no estudante, educação integrada e integradora, aprendizagem baseada em problemas, currículo baseado na comunidade, priorizar problemas e temas para o ensino guiados pela prevalência e relevância no contexto do cuidado e atenção à saúde local/regional, avaliação formativa, proteção de tempo para estágios eletivos por parte dos estudantes, equilíbrio entre conhecimento habilidades, e atitudes, capacitação docente para as novas estratégias de ensino e avaliação,

aprendizagem sistematizada em pequenos grupos e não mais somente oportunística, e o fortalecimento das relações entre professores e estudantes.

A seguir, vamos destacar as duas principais tendências que guiaram as principais mudanças nos currículos dos cursos de medicina no final do século XX e ainda servem de referência até hoje.

Educação Baseada e Orientada à Comunidade

Uma das bases teóricas para organização de currículos médicos, que nasce no final do século XX e viceja no início do século XXI, é o da educação orientada para a comunidade, que posteriormente evoluiu para a educação baseada na comunidade.

Educação baseada na comunidade (*community-based education*) é uma forma de instrução na qual os estudantes desenvolvem competências profissionais em uma comunidade com a qual a escola médica interage e onde atua, por meio de parcerias com o sistema de saúde local, permitindo aos estudantes, professores, profissionais de saúde e a própria comunidade local desenvolverem um trabalho conjunto e se responsabilizarem conjuntamente pelos cuidados oferecidos e pela aprendizagem obtida pelos futuros profissionais da saúde.

Estes conceitos nascem a partir de algumas experiências, como a do Programa UNI, concebido por um grupo de consultores da Fundação W. K. Kellogg e que deu apoio a implantação de 23 projetos em Universidades da América Latina a partir do início dos anos 90. A segunda experiência foi protagonizada por uma Rede de Instituições de Ensino Superior denominada *Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences*. A “Network”, tal como é conhecida na América Latina, foi a responsável pela disseminação do ensino orientado para a comunidade¹¹.

Integração Ensino, Serviços de Saúde e Comunidade – Programa UNI

O programa UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais do Setor de Saúde) da Fundação Kellogg, sediada nos Estados Unidos da América, fez uma avaliação crítica das experiências de integração docente assistencial que vinham sendo implantadas nas escolas médicas do Brasil e do mundo, com o objetivo de ir além do que já tinha sido alcançado, seja no âmbito do ensino, seja no dos serviços de saúde e da comunidade. Era o olhar para o futuro na integração das instituições de ensino, os serviços de saúde e a comunidade local onde encontra-se a escola médica. Esta proposta ia muito além do conceito dos centros de saúde escola, que eram o modelo vigente e predominante naquele momento nas escolas médicas brasileiras.

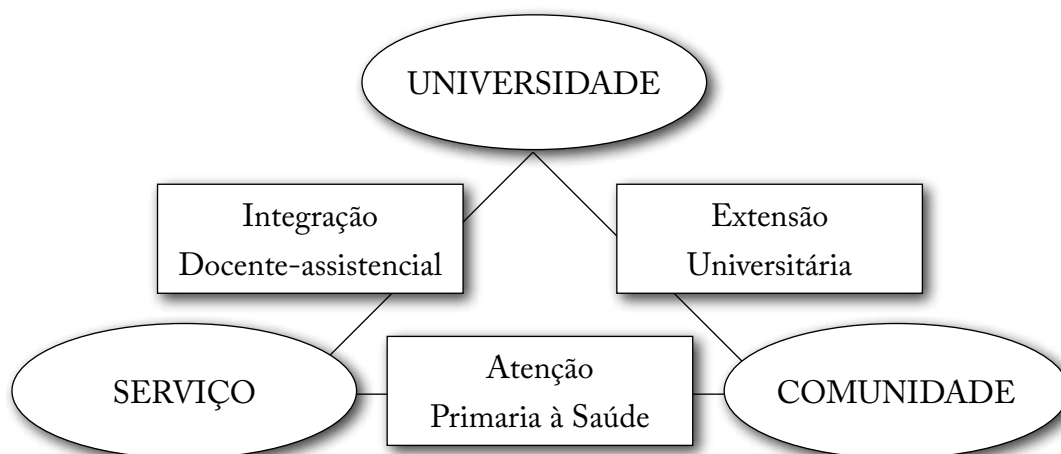
Em sua concepção original, o programa UNI visava a implantação de prática pedagógica inovadora, articuladamente com mudanças na assistência à saúde no âmbito dos sistemas locais de saúde (SILOS). Era também acompanhada de novo tipo de participação social, voltada à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida. O Programa UNI, marcado pela existência de cooperação entre as instituições participantes e em colaboração com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e com a “*Network*”, apresentava os seguintes objetivos^{12,13}:

- Promover os movimentos de progresso sincrônico na educação, na prestação de serviços de saúde e na comunidade;

- Criar e difundir modelos, passíveis de replicação, envolvendo três parceiros - universidade, serviços de saúde e comunidade;
- Apoiar modelos de Integração Docente Assistencial no âmbito de SILOS, baseados no trabalho interdisciplinar e multiprofissional e na inovação de métodos pedagógicos;
- Promover o aprimoramento da formação profissional dos graduandos na área de saúde, adequando-os às necessidades de saúde na comunidade e às características da futura prática profissional;
- Estimular a participação comunitária nas decisões relativas ao setor da saúde;
- Apoiar o desenvolvimento de lideranças (na universidade, nos serviços de saúde e na comunidade).

Esse programa foi implantado em universidades de 23 cidades da América Latina, seis das quais, no Brasil. Os projetos envolveram mais de 100 centros universitários, com predomínio de faculdades de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Nutrição, duas centenas de unidades de saúde e milhares de estudantes, professores e profissionais da saúde, além das organizações comunitárias. Cada Projeto UNI era constituído por três componentes: universidade, serviços de saúde e comunidade, que estão representados na *Figura 1*, que indica também as modalidades de relacionamento entre os entes envolvidos na proposta UNI¹⁴.

Figura 1 – Componentes dos projetos UNI e estratégias de ação pré-existentes¹⁵



Fonte: CHAVES & KISIL, 1994

As articulações universidade - serviços se processam por meio de integração docente assistencial serviços e comunidade, por meio da atenção primária em saúde (APS), que é considerada uma estratégia que inclui, além dos serviços, a comunidade e o trabalho intersetorial. A articulação universidade e comunidade é representada pelos esforços comuns e projetos denominados de extensão ou ação comunitária que, historicamente, era feito com pouca ou nenhuma articulação com os serviços de saúde, o que dificultava a sua sustentabilidade, replicação e disseminação¹⁴.

A tendência à descentralização e à micro regionalização dos serviços de saúde na América Latina e o apoio da OPAS fortaleceram a construção dos SILOS que consolidavam os preceitos da APS, como participação social, condução e programação local (OPAS, 1990). A concepção da proposta UNI incluía três elementos chaves que estão descritos a seguir:

- Identificação de uma comunidade geograficamente delimitada, na qual a escola se desenvolverá em união com a mesma e com o sistema local de saúde; participação efetiva da comunidade e de seus representantes e líderes nas etapas de planejamento, execução e avaliação da escola (COMUNIDADE);
- Atividades de educação para os estudantes de graduação das profissões de saúde, de assistência à saúde da comunidade, com base em suas necessidades (UNIVERSIDADE);
- Formação de profissionais da saúde ao nível de graduação, incluindo colaboração de várias faculdades, escolas ou cursos, abrangendo, medicina e enfermagem, sendo desejável a participação de odontologia, saúde pública, serviço social e de outras profissões da área da saúde, como nutrição, fisioterapia, psicologia e farmácia, entre outros (UNIVERSIDADE);
- Participação de docentes das várias carreiras da saúde no trabalho comunitário, dedicando a ele uma parte significativa de seu tempo acadêmico (UNIVERSIDADE);
- Ênfase na preparação dos estudantes de graduação para a prática geral de suas futuras profissões, com a experiência de aprendizagem ao nível da comunidade e com duração compatível com a aquisição das competências definidas para o produto final de cada carreira (UNIVERSIDADE);
- Desenvolvimento de um sistema local de saúde com, pelo menos, dois níveis de assistência, que atenda às necessidades de saúde prevalentes. Neste sistema, o programa de assistência primária à saúde deve incluir trabalho em equipe e mecanismos de referência e contrarreferência para um hospital geral comunitário. O sistema deve ser produto de uma estreita colaboração entre a comunidade, os serviços de saúde e as instituições de ensino das profissões de saúde (COMUNIDADE);
- Os SILOS devem contemplar ações de promoção da saúde, incluindo autocuidado, proteção e melhoria ambiental, prevenção de risco à saúde e cuidados básicos a nível local (COMUNIDADE).

Cada projeto UNI deveria ser mais que a somatória dos três componentes e das suas relações bilaterais, como à primeira vista poderia parecer. Mais do que soma, trata-se de superação, o que implica em movimentos simultâneos de continuidade e de ruptura com características das estratégias pré-existent. TANCREDI (1995) faz um paralelo entre os projetos IDA, que predominavam na organização das atividades de ensino na comunidade até a década de 1980 no Brasil¹⁶, e nos mostra aspectos relevantes e avanços trazidos pela nova proposta (*Quadro 1*).

Segundo CHAVES & KISIL (1994), “O UNI não é mera continuidade das experiências anteriores. (...) é bem mais do que isso. Possui novas dimensões, ...agregando aspectos específicos à soma das experiências anteriores, como o de equipe multiprofissional, ênfase na dimensão pedagógica, enfoque familiar, estreitamento da relação com a comunidade e desenvolvimento sincrônico de líderes para atuar nos três componentes”+.

Quadro 1 - Diferenças entre projetos de interação escola-comunidade que tinham como referencial a integração docente-assistencial (IDA) e as do projeto UNI¹⁶

IDA	UNI
Uni departamental (medicina preventiva, pediatria, enfermagem comunitária etc.)	Todos os departamentos dos ciclos básico e clínico
Único curso ou faculdade (medicina ou enfermagem)	Dois ou mais cursos envolvidos no mesmo conjunto de atividades
Favorece a dicotomia médico generalista versus especialista	Propõe a formação geral, holística do profissional de saúde
Novos cenários de ensino além do hospital escola	Novos cenários de ensino e novas metodologias de ensino-aprendizagem
Planejamento e condução dos projetos como iniciativa da Universidade.	Construção coletiva do projeto: tripartite - com Universidade, Serviços e Comunidade
Predomina concepção de ensino multidisciplinar	Propõe enfoque interdisciplinar, multi- e interprofissional.
Exposição de estudantes aos cenários de maneira intermitente e tardia (internato)	Exposição regular e prevista no currículo, ao longo de todo o curso e de forma continuada
Centros de Saúde-Escola, um braço de extensão da universidade na comunidade	O aprendizado se dá no sistema local de saúde (SILOS), sem o centro de saúde escola
Os profissionais dos serviços atuam marginalmente como recurso docente	A universidade é estimulada a incorporar os profissionais de serviço como recurso docente
Enfatizaram as ações e o ensino da atenção primária.	O aprendizado se dá nos diversos níveis de atenção do sistema local de saúde (SILOS)
Comunidades marginalizadas e carentes foram o centro das ações	Território ou setor geográfico onde está representada toda a comunidade
Participação frequentemente passivo-receptiva dos membros da comunidade	Comunidade tem protagonismo como parceira da iniciativa
Comunidade como objeto de estudos e observação	Comunidade como sujeito, que realmente participa do projeto

Fonte: TANCREDI, 1995

Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) - Problem-Based Learning (PBL)

Outra tendência crescente no Brasil no início da década de 1980 e que também foi estimulada nos projetos financiados pela Fundação Kellogg foi a aprendizagem baseada em problemas (ABP)¹⁷.

Embora esta proposta, originada na América do Norte, remonte aos anos 1960, ela só passa a ter presença significativa na América Latina no início dos anos 1990. A criação da *Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences* ocorreu em reunião realizada na Universidade West Indies, na Jamaica. A reunião foi promovida pelo *Health Manpower Development Program* da OMS/Genebra e pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da OPAS/Washington.

As origens desta proposta encontram-se na decisão da Assembleia Mundial da Saúde (1977), que estabeleceu a meta de “saúde para todos no ano 2000”, na já mencionada Conferência de Alma-Ata (1978), que apontou a atenção primária à saúde como estratégia prioritária para se atingir a meta definida no ano anterior e para cujo desenvolvimento os recursos humanos desempenham papel chave. Esta proposta relaciona-se também com a existência de vários programas ou experiências inovadoras no campo da formação de recursos humanos em saúde, especialmente em escolas médicas, distribuídos pelas várias regiões do mundo, sem haver, contudo, intercâmbio entre eles.

Os conceitos chaves presentes nas recomendações da época incluíam sempre a educação baseada e orientada à comunidade e a aprendizagem baseada em problemas, que se refere a uma metodologia de ensino que integra as várias disciplinas, como um modo de solução de problemas em torno de questões relevantes no cuidado e atenção à saúde dos indivíduos, das comunidades e da sociedade^{17,18}.

A aprendizagem baseada em problemas na educação dos profissionais de saúde tem três objetivos: a aquisição de um corpo integrado de conhecimentos, a aplicação de habilidades para resolver problemas, desenvolvendo o raciocínio clínico, e a educação centrada no estudante. Este objetivo refere-se à estratégia instrucional que se vincula à capacidade e motivação do estudante. Ele, com o apoio do professor, deve ter total responsabilidade pelo seu autoaprendizado. A ênfase nesta estratégia é a busca ativa de informações e habilidades pelo estudante. A ele compete definir as melhores formas e o seu ritmo próprio de estudar, bem como participar da avaliação do progresso da sua formação¹⁰.

Em essência, a metodologia implica em currículos integrados (entre ciclos básico e clínico) organizados por módulos de ensino, em substituição a currículos estruturados por disciplinas, com relações mais horizontais e democráticas entre alunos e professores, fundamentando-se em uma filosofia educacional que se propõe a superar a “pedagogia da transmissão”, adotando a pedagogia crítico-reflexiva na construção do conhecimento.

A aprendizagem baseada em problemas tem algumas características que merecem destaque e que, em certa medida, foram incorporadas, parcial ou completamente, em vários cursos de medicina nas décadas seguintes:

- O aluno deve ser protagonista do seu aprendizado, o que inclui a organização do seu tempo e a busca de oportunidades para aprender;
- O currículo é integrado e integrador e fornece uma linha condutora geral, no intuito de facilitar e estimular o aprendizado;
- A escola deve oferecer grande variedade de oportunidades de aprendizado através de laboratórios, ambulatórios, experiências e estágios comunitários e hospitalares, incluindo pessoas (professores e outros profissionais) com conhecimentos específicos, que podem ser consultadas pelos estudantes;
- Inserção dos estudantes, desde o início do curso, nas atividades práticas relevantes para sua futura vida profissional;
- O conteúdo curricular é desenvolvido a partir de problemas relevantes e significativos para a formação profissional;

- A avaliação deve ser processual, nos tutoriais e nas práticas dos laboratórios de habilidades e morfofuncional, com devolutivas frequentes, preparando o estudante para os estágios práticos junto ao paciente;
- O currículo deve ter flexibilidade e pode ser modificado pela experiência;
- O trabalho em grupo e a cooperação interdisciplinar e multiprofissional são estimulados;
- A assistência ao aluno é individualizada, de modo a possibilitar que ele discuta suas dificuldades com profissionais envolvidos com o gerenciamento do currículo e outros, quando necessário.

Algumas publicações da década de 1980 foram fundamentais para sedimentar estes conceitos, para além da aprendizagem baseada em problemas, influenciando profundamente as revisões de currículos de escolas médicas de todo o mundo. Dentre elas destacamos uma publicada em 1984 pelo professor Ronald Harden, “*Educational strategies in curriculum development: the SPICES model*”, que ilumina os caminhos para organização do currículo usando o acrônimo SPICES (tempero). S: *student centered* (centrado no estudante em oposição a aprendizagem centrada no professor), P: *problem based* (ensino baseado em problemas – contextualizado em oposição ao ensino direcionado para prover informação descontextualizada), I: *integrated* (integrado em oposição ao ensino disciplinar e não integrado), C: *community-based* (baseado na comunidade em oposição ao ensino exclusivo em hospitais escola), E: *electives* (presença de eletivos que se caracteriza por tempo protegido no currículo para os estudantes escolherem atividades que farão parte de sua formação) e S: *systematic* (sistemático – criando oportunidades para todos aprenderem – em oposição a aprendizagem oportunística, em que o acaso – oportunidade – tem papel preponderante nas situações que promoverão o aprendizado do estudante)⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No último quarto do século XX ocorreram manifestações de âmbito global, oriundas de escolas médicas e de organizações sanitárias, que exerceram importante influência na educação médica e das profissões da saúde e vieram contribuir para melhor definir o papel social das instituições formadoras e, especialmente, a formação dos médicos e dos profissionais da saúde em todo o mundo.

No Brasil, estas manifestações foram bem detectadas e interpretadas pela Comissão de Especialistas do Ensino Médico da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação, que, no período a que este capítulo se refere (1982 a 1992), era a principal instância reguladora dos cursos de graduação em Medicina. As percepções desta Comissão foram refletidas em um sólido documento denominado “Ensino Médico: Bases e Diretrizes para sua Reformulação”, no qual foi ressaltada a importância de a escola médica estabelecer os seus objetivos instrucionais, orientando-os de forma a que o médico formado estivesse em condições de prestar a assistência médica demandada pela população, ao menos ao nível da atenção primária à saúde, bem como de seguir sua eventual trajetória de formação complementar pós-graduada.

No referido documento, estabelecia-se o importante papel da escola médica no sentido de garantir que a formação do médico se fizesse com base no conhecimento científico e, também, que a escola, como instituição formadora, assumisse compromisso definido com a assistência à saúde da comunidade em que está inserida, integrando-se completamente na rede de prestação dos serviços sanitários. Nesta integração, era

destacada a relevância do papel dos docentes nos serviços de saúde e a aproximação das instâncias de gestão da escola médica e do hospital de ensino, como cenário de prática dos estudantes, que deveria, por sua vez, estar inserido no sistema estruturado para prestar de forma integral a assistência à saúde da população.

No quarto final do século XX ganham também destaque recomendações internacionais relativas às estratégias educacionais, no sentido de desenvolver o conteúdo curricular a partir de problemas e temas relevantes e não mais na lógica linear de cada disciplina. Propunha-se também que a aprendizagem fosse mediada por atividades que possibilitassem maior protagonismo ao estudante e a sua inserção, desde o início do curso, em práticas que possibilitassem o contato com a problemática da saúde individual e coletiva. Estas recomendações abrangiam também a avaliação educacional, no sentido de torná-la mais contínua, processual e significativa para o estudante.

Muitos dos princípios definidores destas recomendações já estavam presentes na FMRP-USP, desde a sua fundação, incluindo o compromisso com formação embasada no conhecimento científico, a ligação harmônica da Faculdade com o seu hospital de ensino e a integração com os serviços de atenção à saúde da comunidade, constituída pela existência de um centro de saúde escola próprio e de um posto médico no município de Cassia dos Coqueiros, SP, que foi pioneiro no país na sua utilização como cenário de formação dos estudantes, dentro do modelo de internato rural.

Mudanças no sentido de se adequar a estes princípios e recomendações, como a maior integração entre disciplinas afins, a ampliação da atuação do estudante em cenários extra hospitalares e, portanto, mais próximos da comunidade e o aumento do período de treinamento em serviço próprio do internato, com maior protagonismo do estudante, constituíram o eixo orientador de um novo currículo para o curso de Medicina, aprovado na FMRP-USP em 1992.

No entanto outras recomendações, que continuam válidas e amplamente adotadas por escolas médicas de prestígio no Brasil e no mundo, como o currículo mais flexível, baseado em problemas e não apenas em conteúdo disciplinar, com a utilização de estratégias de ensino e aprendizagem centradas no estudante, bem como a prática da avaliação mais contínua e com maior significado para o estudante, pelo seu impacto na aprendizagem permanecem, ainda hoje, são metas a serem atingidas em nossa escola.

AGRADECIMENTOS

Valdes Roberto Bollela:

– Ao Prof. Jarbas Leite Nogueira, que generosamente presenteou-me com vários dos documentos consultados para elaboração deste capítulo. Professor Jarbas sempre foi um exemplo de pessoa e profissional que guiou, com seu exemplo, milhares de estudantes que tiveram a honra de conhecê-lo e com ele aprender sobre a vida e sobre medicina.

– Ao Prof. José Lucio Martins Machado pela confiança e oportunidade que me ofereceu quando eu ainda ensaiava os primeiros passos na educação médica.

Maria de Lourdes Veronese Rodrigues:

Ao Prof. Almiro Azeredo, que na fase inicial de minha carreira docente despertou meu interesse pelos estudos sobre Educação Médica.

Luiz Ernesto de Almeida Troncon:

– Ao Prof. José Antunes Rodrigues que, desde os meus tempos de estudante de graduação, foi um exemplo de dedicação ao ensino, qualidade esta que, no período coberto por este capítulo, ele soube transformar em ações concretas de aperfeiçoamento dos cursos de graduação da FMRP, como Presidente da Comissão de Graduação e, logo depois, como Diretor da Faculdade.

REFERÊNCIAS

- 1 - Ministério da Educação, Secretaria de Ensino Superior. Comissão de Especialistas do Ensino Médico. Documento no 6. Ensino Médico: Bases e Diretrizes para sua Reformulação. 1986. 15p.
- 2 - Fitzgerald M, Shoemaker E, Ponka D, Walker M, Kendall C. Global Health and Social Accountability: An essential synergy for the 21st century medical school. *J Glob Health*. 2021; 11:03045.
- 3 - Duffy TP. The Flexner Report--100 years later. *Yale J Biol Med*. 2011;84(3):269-276.
- 4 - Almeida MJ. Educação Médica e Saúde: Limites e Possibilidades dos Projetos de Mudança. 1997. Tese de Doutorado em Saúde Pública. Faculdade de Saúde Pública-USP. São Paulo, SP.
- 5 - Mello HK. Quantidade x Qualidade na formação do médico no Brasil. *RBEM* 1984;8(1):47-49.
- 6 - Bollela VR, Passos ADC, Forster AC, Del Fabbro AL, Bellissimo-Rodrigues F, Reis FJC, Ferraz IS, Ferreira JBB, Franco LJ, Santos LL, Del Ciampo LA, Caccia-Bava MCG. Community-based education experience at the Faculty of Medicine, Ribeirão Preto – University of São Paulo (FMRP-USP), Brazil. In Tallat W & Ladhani Z. Community Based Education in Health Professions: Global perspectives. World Health Organization. 2014.
- 7 - Alves AL. Breve resumo histórico do internato rural da Faculdade de Medicina da UFMG. *RBEM*. 1998. 28(1), 54-58.
- 8 - Barrows HG. Practice-Based Learning: Problem-Based Learning to Medical Education. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine, 1994.
- 9 - Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ*. 1984;18(4):284-97.
- 10 - Venturelli J. Educación Médica: Nuevos enfoques, metas y métodos. *Serie Paltex Salud y Sociedad* 2000, nº 5. Organización Panamericana de la Salud/Organização Mundial de la Salud.
- 11 - Machado, JLM. Fundação UNI-Botucatu: Consolidando Experiências (Nota breve). *Interface (Botucatu)* 1998; 2(2): 219-221.
- 12 - Chaves MM, Rosa AR. Educação Médica nas Américas: O desafio dos anos 90. São Paulo: Cortez, 1990.
- 13 - Chaves MM. Algumas reflexões sobre IDA: antecedentes do ideário UNI. *Divulg.saúde debate* 1995; 9: 5-9
- 14 - Kisil M, Chaves MM. Programa UNI. Uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Barueri: Fundação W K Kellogg. 1994. 125p.
- 15 - Chaves M, Kisil M. .Conceituação dos Projetos UNI. In. Kisil M; Chaves M. Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais da saúde. Barueri: Fundação WK Kellogg, 1994. p.13-23.
- 16 -Tancredi FB. Institucionalização e sustentabilidade: desafios permanentes dos UNI. *Divulg. saúde debate* 1995; 11:5-10.
- 17 - Feuerwerker LCM. Mudanças na Educação Médica no Brasil. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.
- 18 - Rede Unida. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação na área de saúde. *Olho Mágico*. Ano 4. abril, maio, junho/1998, nº 16. Universidade Estadual de Londrina.