

Cadernos da Rede UNIDA
Série Documentos Técnicos - v.1 n.1 fevereiro/05

Análise crítica da REDE UNIDA & ABEM sobre a proposta do INEP para avaliação das condições de ensino dos cursos de medicina.

apresentação

Este primeiro “**Cadernos da Rede UNIDA**” inaugura a Série Documentos Técnicos da Rede. Por meio deles daremos divulgação mais sistematizada a uma vasta produção que acontece em muitos dos momentos da ação dos membros individuais e institucionais da Rede.

A proposta do INEP/MEC para avaliação das condições de ensino dos cursos de medicina, apresentada em setembro de 2002, foi objeto de análises por parte de membros da Rede e da Associação Brasileira de Educação Médica. Em muitos momentos participaram avaliadores credenciados pelo INEP.

Em síntese, nossa opinião é que a proposta é conservadora, baseada em uma concepção tradicional de avaliação e, acima de tudo, não toma como referência as diretrizes curriculares, aprovadas pelo CNE e homologadas pelo MEC. Dois documentos foram elaborados, resultados de uma produção em parceria (REDE & ABEM) e entregues ao CNE, SESU e INEP. O primeiro documento é datado de 1º de outubro.

Depois de uma rodada de negociações, em que o CNE solicitou ao INEP a revisão do seu instrumento de avaliação e este se recusou a fazê-lo, as duas entidades lançaram, em dezembro, um novo documento, com uma análise mais aprofundada e as linhas gerais que devem orientar a construção de um instrumento de avaliação que efetivamente sirva para induzir as necessárias mudanças nas escolas médicas, à luz das diretrizes curriculares.

Neste primeiro “**Cadernos da Rede UNIDA**” estão publicados os dois documentos acima referidos. Esperamos que sua ampla divulgação contribua para a mobilização dos atores interessados nas mudanças da educação médica em torno da construção de uma nova política pública de avaliação do ensino superior, particularmente da avaliação das condições de ensino-aprendizagem dos cursos da área de saúde.

Londrina, janeiro de 2003.

Marcio Almeida
Coordenador Nacional da Rede Unida

A proposta do INEP para avaliação das condições de ensino dos cursos de medicina: um retrocesso inadmissível

Documento conjunto de Análise e Posicionamento ABEM/Rede UNIDA

1. Introdução

Durante o mês de setembro de 2002, o INEP apresentou, em duas reuniões em Brasília, com candidatos a avaliadores, sua proposta de um manual para avaliação das condições de ensino das escolas médicas, a ser aplicado inicialmente aos cursos que estão em processo de reconhecimento.

Ao contrário de quase todas as outras carreiras, cuja proposta de manual de avaliação está disponível no site do INEP, a proposta da medicina ainda não tem versão definitiva. Apesar de tomarem conhecimento do documento somente durante as reuniões, os candidatos a avaliador prontamente manifestaram múltiplas observações críticas a respeito da proposta apresentada.

Este documento é produto de análise feita em uma reunião conjunta da diretoria da ABEM, com membros da Rede UNIDA e nove dos candidatos a avaliadores que tiveram acesso ao referido documento.

2. O movimento de educação médica e a avaliação

A ABEM, a CINAEM, a Rede UNIDA e outros atores vêm construindo, há cerca de dez anos, um projeto de escola médica com relevância social, comprometida com a construção do SUS e com a saúde da população, do qual a avaliação, interna e externa, é componente imprescindível.

Consideramos a avaliação uma atividade essencial, pois através dela se produzem modelos de responsabilização social. Ou seja, é através da avaliação que se estabelecem as bases para a comunicação entre as escolas – o sistema educativo – e a sociedade, para que exista a prestação de contas sobre projetos, processos e resultados do sistema educativo. Desse modo, deve-se avaliar a qualidade dos cursos e das escolas em função de sua relevância social e das necessidades sociais.

Segundo a compreensão do movimento de mudanças da educação médica, a avaliação tem também um valor estruturante em relação às escolas. Ou seja, do mesmo modo que os aspectos do desempenho dos alunos que as escolas escolhem avaliar refletem claramente as

competências, valores e conhecimentos deles requeridos, os aspectos que se destacam na avaliação das escolas cumprem o mesmo papel.

Portanto, a avaliação das condições de ensino das escolas médicas deve ser coerente com as diretrizes curriculares e com as orientações do Sistema Único de Saúde. Mais ainda, a avaliação deve ser um instrumento para o avanço das escolas em relação aos objetivos propostos pelas diretrizes curriculares.

Consideramos que uma proposta de avaliação das condições de ensino deve necessariamente articular a avaliação externa com a avaliação interna e, portanto, ter um componente formativo além do somativo. Deve também ser construída com a contribuição de todos os atores relevantes.

A avaliação deve ser capaz de examinar os princípios (o dever ser) e também o processo real (como as coisas acontecem) e entrar no mérito dos conteúdos e dos processos (não se restringindo às declarações ou à presença formal de determinados elementos). Deve propiciar um olhar articulado sobre as várias dimensões do processo de formação e do trabalho das escolas, trabalhando com dimensões como a gestão e a dinâmica institucional (examinando o papel das várias instâncias e dos vários atores, bem como as relações que a escola estabelece com outros atores e instituições do contexto local); o projeto político-pedagógico (articulando perfil, competências, conteúdos curriculares, organização do curso, estágios e avaliação); o trabalho docente (considerando as políticas de contratação, de qualificação, o trabalho na graduação, na produção de conhecimentos, a dinâmica do trabalho etc.) e a infra-estrutura (que deve ser analisada à luz da proposta político-pedagógica, considerando sua adequação – física e dinâmica – aos propósitos perseguidos pelo curso).

3. A proposta do INEP

O documento apresentado tem objetivos claros e alta consistência interna. No entanto, está baseado em concepções extremamente conservadoras e contraditórias em relação aos elementos centrais das propostas de mudança da educação médica e da universidade.

A concepção que orienta a avaliação é tecnicista porque considera a universidade e as escolas médicas como instituições isoladas de seu contexto e desprovidas de acúmulo histórico e político na luta pela transformação da educação. Esse enfoque se revela pela ausência de quaisquer mecanismos de validação externa para objetivos do curso e perfil do egresso. A única validação proposta é em relação ao próprio PDI da escola. Assim, a ausência de qualificação do indicador “concepção de curso” em relação às diretrizes nacionais - aprovadas em 2001 pelo Conselho Nacional de Educação e homologadas pelo MEC - desconsidera o significado de um movimento de mais de dez anos da ABEM, CINAEM, Rede UNIDA e outros atores em defesa da relevância social da escola médica e de seu compromisso com a construção do SUS e com a melhoria da saúde das pessoas e da população.

O desrespeito às deliberações, contribuições e orientações das Diretrizes Curriculares e da Lei de Diretrizes e Bases (que indicam o caminho da democratização, da flexibilidade, da integração, da modernização pedagógica e da relevância social para os novos projetos político-pedagógicos das escolas); da Constituição Federal (que define o SUS como ordenador da formação de recursos humanos em saúde no país); das Conferências Nacionais e Internacionais de Educação Médica (que indicam a necessidade vital da relevância social e do compromisso dos entes formadores com a prestação de serviços de qualidade); do PROMED (Programa de Incentivos à Mudança Curricular nos Cursos de Medicina, do qual o MEC é signatário, juntamente com o Ministério da Saúde), é um dos maiores indicativos da tecnicidade apolítica e a histórica da proposta apresentada.

Manifesta uma visão da gestão acadêmica em que o coordenador de curso é encarado como o executor do projeto e em que a administração acadêmica está dissociada do projeto institucional retratando, por meio dos indicadores, uma gestão personalizada, centralizada, e, portanto, totalmente contrária à concepção participativa que legitima e viabiliza processos de mudança e de desenvolvimento curricular.

A proposta tem uma orientação eficientista uma vez que focaliza a comprovação da existência (presença) de vários indicadores sem articulá-los à concepção do curso e por conseguinte à tradução operacional desta concepção à luz das diretrizes nacionais, passando a inferir que a existência garante a utilização de forma qualificada.

O projeto é extremamente reducionista em sua bordagem, pois tem uma concepção de currículo conteudista e disciplinar, desconsiderando atores, cenários e contexto; reduz os espaços de prática profissional à infra-estrutura, as instalações ao espaço material e trabalha com uma visão dissociativa do trabalho da universidade, que separa e desarticula a pesquisa, o ensino e a extensão; não permite avaliar processos (em toda sua riqueza reveladora), pois está concentrado em resultados.

Por ser uma proposta padronizada, que aborda de maneira homogênea todas as carreiras e cursos, ela não contempla adequadamente as especificidades e singularidades do campo profissional específico da medicina e fragmenta conteúdos fundamentais do projeto político-pedagógico

(excluindo o internato do projeto pedagógico, como se ele fosse um processo complementar dentro da formação do médico e dissociando teoria e prática no processo de ensino-aprendizagem).

A proposta, além do mais, foi apresentada de última hora, sem que houvesse tempo hábil para debate e modificações antes de sua utilização, pois se pretende aplicá-la sem nunca antes ter sido submetida a um processo de validação.

4. O posicionamento da ABEM e da Rede UNIDA

Este é o primeiro momento de avaliação dos cursos de medicina após a aprovação e homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina.

Um momento, portanto, de grande importância simbólica, em que a avaliação deve confirmar e reforçar as mensagens contidas nas diretrizes.

Em qualquer momento seria lamentável, mas neste contexto consideramos inadmissível que seja apresentada uma proposta que contradiz cabalmente todas as orientações em direção à mudança das escolas médicas e que reforça muitos dos aspectos e conceitos que se pretende superar.

Apresentamos publicamente nossa rejeição a essa proposta. Pretendemos levá-la ao conhecimento de todas as escolas e de todos os atores envolvidos no processo de formação dos médicos e dos profissionais de saúde e desencadear um amplo debate a respeito. Assim pretendemos contribuir para a construção de alternativas legítimas à proposição atual.

Recomendamos, por fim, aos avaliadores que não aceitem trabalhar na avaliação das escolas médicas com base nessa proposta.

Propomos que, em conformidade com o princípio democrático utilizado pela SESU na construção das diretrizes curriculares, essa proposta seja retirada de circulação e que se abra imediatamente um processo de debate para a construção de outra, digna da avaliação das condições de ensino das escolas médicas; processo este de que seremos ativos participantes.

São Paulo, 1º de outubro de 2002.

*Associação Brasileira de Educação Médica
Rede UNIDA*

ABEM / Rede UNIDA

Novas Considerações sobre a Proposta de Avaliação das Condições de Ensino dos Cursos de Medicina – Versão Novembro/2002

1. Introdução

Durante o mês de outubro a ABEM e a Rede UNIDA tornaram pública sua rejeição à proposta apresentada pelo o INEP para a avaliação das condições de ensino das escolas médicas.

O diálogo estabelecido com a SESU e com o Conselho Nacional de Educação abriu a possibilidade de novas negociações em torno do tema, já que ambas as instituições solicitaram ao INEP a revisão do referido instrumento com o objetivo de adequá-lo às propostas das diretrizes curriculares.

Nesse mesmo período, o INEP divulgou uma nova versão da proposta de avaliação, que já leva em conta algumas das observações apresentadas pelas duas entidades e pelos candidatos a avaliadores.

Após análise da nova proposta, seguimos considerando que ela não contempla de maneira adequada as expectativas em relação a um instrumento de avaliação que deve ser indutor de mudanças nas escolas médicas.

Neste documento, apresentamos novas considerações analíticas acerca da proposta e explicitamos, mais extensamente, os princípios e conceitos que, de acordo com o movimento de mudanças na educação médica, deveriam ser contemplados em uma proposta de avaliação.

2. Análise da proposta atual

Algumas das modificações introduzidas foram suficientes para adequar o indicador à realidade específica das escolas médicas, porém em outros casos, as alterações não estabeleceram coerência com os demais indicadores ou mesmo com as diretrizes curriculares.

A lógica apresentada para dimensões/categorias/indicadores compromete as regras de homogeneidade, exaustividade e exclusividade na definição de categorias de análise. A avaliação do projeto do curso dá destaque para:

“ - currículo;
- plano de ensino das disciplinas: ementa, conteúdo e carga horária, metodologia de ensino, atividades discentes, procedimentos de avaliação e bibliografia básica e complementar.”

Cabe aqui a primeira pergunta: se plano de ensino contempla esses indicadores, como é então entendido o currículo? Como concepção do curso? Provavelmente não, porque nas páginas seguintes, quando são apresentadas as dimensões, observamos que a categoria de análise projeto do curso inclui, separadamente, os indicadores:

“ - *concepção do curso*
- *currículo e*
- *sistema de avaliação.* “

Uma vez que “currículo” (indicador 1.2.2) não é “concepção do curso” (indicador 1.2.1) e tão pouco metodologia, inter-relação de disciplinas, dimensionamento de carga horária, ementas e programas, adequação de bibliografia (aspectos distintamente avaliados e pontuados), o que deverá ser analisado como “currículo”?

Cabe, também, ressaltar a pouca clareza em relação à própria dimensão **“organização didático-pedagógica”** que engloba:

“ - *administração acadêmica;*
- *projeto do curso*
- *atividades acadêmicas articuladas ao ensino de graduação.* “ (p. 19)

Embora possa se estranhar as categorias “administração acadêmica” e “projeto do curso” subordinadas à **“organização didático-pedagógica”**, fica difícil compreender as atividades acadêmicas, nesse caso, desarticuladas do projeto do curso, fazendo parte de uma categoria distinta.

A atual proposta manteve separadas as categorias “*projeto do curso*” e “*atividades acadêmicas articuladas ao ensino de graduação*”. Por mais que não se pretenda alterar o formato (dimensões/categorias) da avaliação das condições de ensino, essa separação isola o internato do projeto do curso, deixando-o na mesma categoria que iniciativas como iniciação científica, atividades de extensão e módulos optativos. Essa separação representa uma dicotomia teórico/prática e/ou uma subestimação da importância da prática na formação médica e de todas as carreiras da saúde.

As dimensões **“instalações”** e **“corpo docente”** também permaneceram desarticuladas (no sentido de coerência) da dimensão **“organização didático pedagógica”**. Embora possam ser particularmente avaliadas como dimensões, todas devem guardar relações de coerência interna, além de coerência externa com as diretrizes nacionais. Em relação à coerência externa, pode-se salientar que, no novo manual, a subordinação da avaliação dos cursos de medicina às diretrizes curriculares nacionais foi literalmente explicitada, porém essa orientação não foi traduzida para os indicadores. Estes permaneceram assegurando apenas a coerência interna dos aspectos a serem avaliados com as metas do PDI e com a concepção filosófica do próprio curso, como é o caso do perfil do egresso e objetivos do curso. De modo bem conciso, embora dita subordinada às diretrizes, de fato, nessa avaliação não há indicadores para se pontuar o grau de coerência das dimensões e dos diferentes aspectos a serem avaliados com as diretrizes curriculares. O indicador 1.22 (Currículo) traz a única exceção à ausência de coerência externa quando pontua esse aspecto. Porém, em decorrência da própria redução do termo currículo, possivelmente à grade curricular, a

exceção quase de nada ajuda a dar a importância necessária à orientação das diretrizes, como também acontece com o indicador 1.2.3 (Sistema de avaliação).

Se o objetivo da análise de coerência interna for o de avaliar a distância ou proximidade entre planejamento (plano educacional) e ação educacional (prática educativa) consideramos bastante pertinente a abordagem proposta, uma vez que belos planos podem ser grandes fracassos ou belas experiências de grande envergadura educacional podem não estar adequadamente expressas nos planos de ensino. Entretanto, a análise de coerência interna entre a “concepção do curso” e os aspectos analisados no indicador “currículo” somente é explicitada para um dos aspectos avaliados, que é a inter-relação de disciplinas (“*quer no projeto do curso quer na execução do currículo*”).

No indicador Sistema de Avaliação esse viés é corrigido com a análise de coerência devidamente especificada em relação à intenção (sistema de avaliação e concepção do curso) e à prática da avaliação (sistema de avaliação e procedimentos de avaliação).

Em relação ao indicador 1.3.2, o 5º aspecto (*participação dos alunos em atividades fora da IES, subsidiárias a atividades desenvolvidas na própria IES e realizadas sob supervisão docente*) está pouco claro em relação à natureza e qualificação das atividades a serem avaliadas. Além disso, o 3º, 4º e 5º aspectos são redundantes em relação ao 2º (*existência de atividades formativas de prática profissional desenvolvidas ao longo do curso, em vários cenários e nos três níveis de atenção à saúde*). No tocante ao 1º aspecto desse indicador, falta análise qualitativa discriminadora (profundidade e intensidade) para a análise dos temas integradores, diversificação de cenários, regularidade e sistematização das atividades.

Em relação ao internato, indicador 1.3.3, no 3º aspecto a ser avaliado (*níveis de atenção no treinamento*) não fica claro o referencial utilizado para aplicar os critérios regular e muito bom, pois não se especifica o que deve ser considerado adequado e abrangente para análise.

Cabe ainda ressaltar que a diversificação dos cenários de práticas deve ocorrer ao longo de todo o curso médico, possibilitando o desenvolvimento crescente do grau de autonomia do estudante no desenvolvimento da prática profissional. Essa orientação não exclui a necessidade de haver uma importante utilização dos cenários hospitalares para o desenvolvimento de competências específicas.

Ainda em relação ao internato, consideramos que o 4º aspecto a ser avaliado (*conceito de educação continuada*) não caberia conceitualmente para o período de graduação e, sim, para as atividades de atualização realizadas após a graduação.

No 5º aspecto, a pontuação “muito fraco” para instituições que não tenham qualquer forma de supervisão docente para os internos, parece-nos um desvio de benevolência excessiva.

Para o 11º (*regime de trabalho*) não há uma definição formal de carga horária que possa ser utilizada como referência.

Dimensão 2 - Corpo Docente

No indicador 2.1.1.Titulação, consideramos que mestrado, mesmo em outras áreas, deve receber a mesma pontuação, uma vez que a participação de docentes com pós-graduação em diferentes áreas pode enriquecer os referenciais na construção e reconstrução do conhecimento.

Em relação ao aspecto “tempo de magistério superior” não concordamos com o critério utilizado, que relaciona antiguidade com qualidade, atributos não necessariamente coincidentes.

No indicador 2.1.3, as ponderações de 70 para docentes com formação adequada às disciplinas que ministram e de peso 30 para docentes com formação pedagógica ponderação entre formação adequada/experiência pedagógica expressam que dominar o conteúdo é mais importante do que dominar a docência. Acreditamos ser mais adequado propor uma ponderação mais equilibrada.

Em relação à avaliação docente mais uma vez o critério valoriza mais a existência de um sistema que a análise do processo real. Pode-se observar que há pouca qualificação ou especificação que permita inferir se ela é realizada através de um processo democrático e dialogado, com a participação de estudantes e oferta de oportunidades para melhoria no desempenho docente.

Para a relação alunos/docente (indicador 2.2.5) os aspectos e critérios utilizados são baseados em uma concepção pedagógica tradicional e uma compreensão de organização curricular como seqüência de disciplinas, que fragmenta a teoria e prática e as atividades práticas laboratoriais e profissionais. Esses critérios não se aplicam para propostas orientadas por outras concepções como, por exemplo, trabalho em pequenos grupos, módulos interdisciplinares, laboratórios temáticos integradores, laboratórios para aprendizagem independente. Além disso, não há evidências para fundamentar os critérios propostos e as dificuldades para sua mensuração são consideráveis.

No indicador 2.3.3, os aspectos “docentes com orientação didática de alunos” e “docentes com orientação de internato” também propõem critérios incorretos. No primeiro caso, todos os docentes envolvidos com a graduação necessariamente deveriam oferecer espaços para esse tipo de orientação, quando necessário. No caso do internato, não se pode compreender como 60% do corpo docente devam estar vinculados a essa atividade (para a obtenção do critério muito bom) vez que a atividade de internato corresponde a no máximo dois anos e está centrado nas áreas gerais (clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ginecologia-obstetrícia e saúde coletiva).

Para o indicador 2.3.4, a avaliação do aspecto “atuação dos docentes em sala de aula” fica bastante comprometida pelo tempo disponível para a visita (assistir aulas?).

Dimensão 3 - Instalações

Na dimensão “**instalações**” também não há possibilidade de avaliar a relação entre a infraestrutura e o “*projeto do curso*” (coerência interna). Os itens “*dimensão*” (A) e “*mobiliário*” (E) vinculam a adequação ao tipo de atividade, sem, entretanto, analisar a pertinência das atividades em relação ao “*projeto do curso*”. Ainda nesse sentido, diferentes organizações didático-pedagógicas requerem arranjos diversos na utilização e disponibilização de recursos educacionais. Analisá-los sob a perspectiva definida para a dimensão “*instalações*”, que privilegia condições físicas e materiais de forma isolada, restringe a abrangência necessária para emitir juízo de valor sobre sua adequação ao projeto da escola.

Os indicadores “*postos/centros de saúde*”, “*unidades de saúde da família*”, “*hospitais e ambulatórios*” e “*laboratórios de ensino*” são apresentados como espaços físicos desarticulados do projeto e analisados somente como infraestrutura, independentemente do uso que deles se possa fazer. Diferentes compreensões acerca desses espaços levam a distintas propostas de relacionamento da academia com os serviços de saúde. Essas concepções podem variar desde o entendimento de cenário como paisagem de observação em momentos pontuais do curso, até a locais de real desenvolvimento da prática profissional supervisionada com autonomia do estudante frente às situações reais de cuidado às necessidades de saúde das pessoas e da comunidade.

3. Princípios e conceitos fundamentais para uma proposta de avaliação das condições de ensino das escolas médicas

O movimento de mudanças da educação médica, as diretrizes curriculares e os princípios do SUS colocam como perspectiva a existência de escolas médicas com relevância social; o que quer dizer escolas capazes de formar profissionais de qualidade, sintonizados com as necessidades de saúde; escolas comprometidas com a construção do SUS, capazes de produzir conhecimento relevante para a realidade de saúde em suas diferentes áreas, ativas participantes do processo de educação permanente dos profissionais de saúde e prestadoras de serviços relevantes e de boa qualidade.

Necessariamente, portanto, a essência de um instrumento de avaliação das escolas médicas deve estar permeada por esses princípios e conceitos. Ou seja, como a relevância social é uma das metas perseguidas pelas escolas, as diretrizes curriculares e os princípios do SUS constituem-se nas referências para validação externa em todos os âmbitos do processo de avaliação. Ou seja, são a referência para a avaliar o perfil do profissional formado, o projeto político-pedagógico, a organização e a orientação do currículo e das práticas, a produção de conhecimento, as relações estabelecidas pela escola médica com o sistema de saúde local.

Exatamente por essa razão, o instrumento de avaliação tem necessariamente que ser capaz de ir além das declarações e da existência formal de propostas, instâncias, estruturas. Tem que ser capaz de revelar e examinar o processo real de formação profissional existente na escola.

O projeto pedagógico e o currículo de uma escola deve expressar o modo como a instituição educacional se vê no mundo, ou seja, qual seu papel, que relações deve estabelecer, quem devem ser seus interlocutores; devem expressar suas concepções sobre educação, saúde, produção do conhecimento, sobre o perfil do médico a ser formado e seu papel na sociedade e sobre o papel dos vários atores no processo de formação profissional.

Existem distintas concepções sobre o que deva ser um currículo e como orientá-lo. A concepção mais tradicional, ainda predominante nas escolas médicas, é de que o currículo é uma sucessão de disciplinas, cuja ordenação define o percurso do estudante no processo de ensino-aprendizagem. Nesse caso, considera-se que as disciplinas são a expressão da cultura elaborada, que deve ser transmitida pelo professor ao aluno. É por meio das disciplinas, supondo-se determinados conteúdos educacionais coerentes com o perfil profissional desejado, que se define o conhecimento avaliável em cada etapa do processo de formação. Segundo esta concepção a teoria necessariamente deve anteceder a prática.

Uma segunda possibilidade é organizar o currículo por objetivos de aprendizagem, que implicam o desenvolvimento de atitudes, habilidades e conhecimentos, que são atingidos através de estímulos educacionais apropriados. Os objetivos instrucionais de cada disciplina são organizados num continuum ou numa hierarquia fixa de habilidades. O professor tem o papel de estimular o trânsito dos estudantes ao longo desse percurso.

Outra possibilidade é organizar o currículo de acordo com as necessidades de aprendizagem dos estudantes. São, então, propostos uma multiplicidade de meios e situações com o objetivo de oferecer ao estudante as mais variadas oportunidades de aprendizagem. Ou seja, parte-se de uma determinada organização de conteúdos, que articulam e integram elementos das várias disciplinas e de ofertas de experiências práticas e, de acordo com as necessidades de aprendizagem, há flexibilização ou reformulação da proposta inicial. O tema que desperta o interesse dos estudantes para determinada temática pode ser fruto de uma situação real ou hipotética, o que importa é que seja mobilizador. Os professores cumprem o papel de armar os dispositivos iniciais para a aprendizagem e de estabelecer uma relação dialógica com os estudantes ao longo de seu processo de construção do conhecimento.

Uma outra concepção de currículo propõe que as atividades de aprendizagem sejam organizadas em torno de questões cruciais da realidade visando o desenvolvimento de competências para enfrentá-las. O problema ou a situação real desencadeia um processo de busca e construção do conhecimento, cujo produto deve, depois, ser levado à experimentação prática. Neste caso o papel fundamental do professor é estabelecer uma reação dialógica de estímulo e acompanhamento do processo.

As distintas concepções de currículo, como se pôde verificar, trazem dentro de si distintas maneiras de compreender o processo de ensino-aprendizagem. Predomina atualmente nas escolas médicas a concepção tradicional de transmissão de conhecimentos (do professor para o aluno) e de teoria antecedendo a prática. No entanto, várias teorias pedagógicas mais modernas comprovam os benefícios da aprendizagem ativa, em que o estudante é o sujeito da aprendizagem, produtor do conhecimento e não mais, apenas, o receptor da informação. Essas proposições possibilitam o desenvolvimento da capacidade de aprender a aprender e de aprender criticamente, extremamente valorizadas no mundo atual.

As diretrizes curriculares trabalham com uma concepção ampla de saúde e estabelecem como horizonte desejável, para a organização dos cursos, os currículos integrados, nos quais seja superada a organização disciplinar e fortalecida a articulação de várias disciplinas em torno de temáticas relevantes e estimulantes. Estabelecem como desejável o papel ativo dos estudantes no processo de ensino-aprendizagem; propõem mudança de ênfase: dos conteúdos para o processo de aprendizagem ativa e independente; propõem a superação da dicotomia entre teoria e prática e valorizam o trabalho articulado com serviços de saúde e populações.

A avaliação deve contemplar, portanto, as distintas possibilidades de organização curricular, valorizando os aspectos que contribuem para a superação da fragmentação de conteúdos e para sua integração. Deve também contemplar a possibilidade de as atividades práticas cumprirem um papel estruturante em relação às atividades de ensino-aprendizagem e de serem realizadas ao longo de todo o curso e em distintos cenários, e não somente ao final do curso e nos cenários hospitalares.

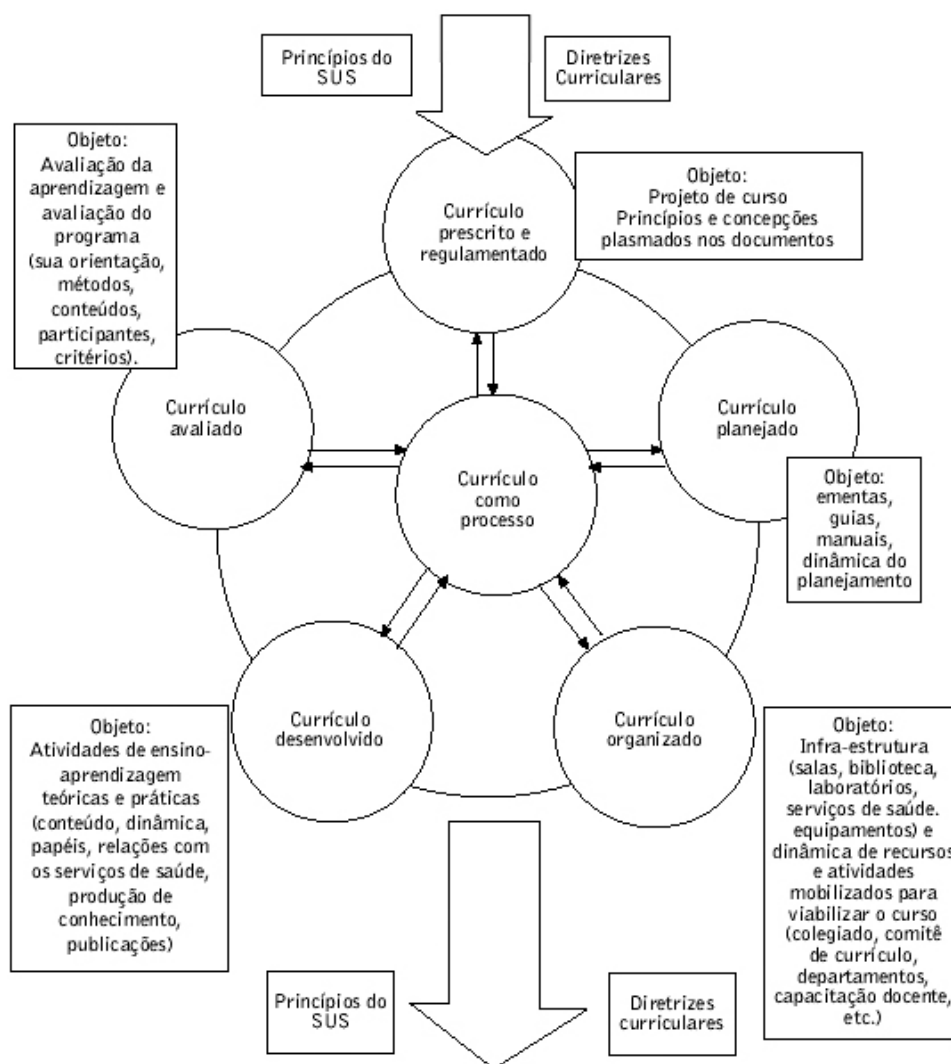
Currículos integrados implicam novas modalidades de gestão acadêmica, havendo deslocamento do poder decisório, sobre o currículo, dos departamentos e disciplinas para comitês multidisciplinares ou equivalentes. Essas instâncias deveriam trabalhar orientadas pela realidade local de saúde, por fatores epidemiológicos e pelo perfil do profissional que a escola busca formar. Implicam a participação ativa de professores e estudantes no processo de aprendizagem, na produção de conhecimento e na avaliação do programa.

Práticas ao longo de toda a carreira em distintos cenários de aprendizagem, trabalho sobre problemas reais, produção de conhecimento relevante para a realidade local de saúde implicam maior articulação entre serviços de saúde e escolas, relações de cooperação entre docentes e profissionais dos serviços, que poderão ter participação ativa no processo de formação profissional, no planejamento, execução e avaliação de atividades. Os profissionais de saúde e os gestores do sistema local de saúde devem também ser uma referência externa importante para o trabalho que se desenvolve na prática da formação profissional, que se supõe estará integrado ao trabalho realizado pelos serviços de saúde.

Como a maior parte das escolas parte dos modelos tradicionais, as diretrizes curriculares expressam e reforçam conceitos e proposições que são um convite à mudança. A

avaliação, portanto, terá que ser capaz de captar e valorizar o processo, os movimentos em direção à mudança que as escolas estiverem realizando. Como existe sempre uma diferença entre o que se pretende, o que se planeja e o que se faz na prática, é fundamental também que a avaliação seja capaz de identificar as diferenças entre conceitos, princípios e propostas e o que acontece na prática do processo de formação - em todos os terrenos: planejamento, construção, aplicação e avaliação das atividades curriculares.

Por essa razão é que consideramos que a melhor abordagem avaliativa para as condições de ensino é a que toma o currículo como um processo e avalia, de modo articulado, cada uma de suas dimensões, levando em conta atores, cenários, processos e relações. Sacristán¹, conhecido educador espanhol, desenvolveu um interessante modelo, que poderia servir de base, neste momento, para a avaliação das condições de ensino, como se pode verificar na seguinte figura:



¹ SACRISTAN JG. O currículo: os conteúdos do ensino ou uma análise prática? In: Sacristán JG, Pérez Gómez AI. **Comprender e transformar o ensino**. 4ªed. Porto Alegre: Artmed; 1998. p.119-48

A perspectiva processual do currículo permite a identificação de contradições e coerências entre a intenção e a prática.

O currículo prescrito expressa mais os desejos do que a realidade; representa o conjunto de princípios, o plano, o que se desejaria que acontecesse. Esse é o campo das decisões políticas e administrativas que são tomadas pelos grupos de poder estabelecidos na escola, que refletem as influências da estrutura sócio-econômica, das concepções filosóficas e educacionais e da própria estrutura e cultura da instituição.

O currículo planejado é a tradução do currículo prescrito nos planos específicos de suas unidades funcionais, consideradas segundo a organização particular de cada escola. É o currículo programado pelos/as docentes para os/as estudantes, qualquer que seja o grau de controle que esses docentes tenham em relação ao processo de ensino-aprendizagem.

O currículo organizado compreende as condições internas para a realização da prática educativa. A organização dos recursos educacionais, infra-estrutura e apoio administrativo da escola constituem um modelo que possibilita e/ou dificulta a realização das atividades de ensino-aprendizagem planejadas.

O currículo desenvolvido é chamado currículo em ação. Representa a experiência educativa real, vivenciada por estudantes e docentes. Nesse âmbito concretizam-se as diferentes significações da atividade educativa planejada, em função da maior ou menor proximidade entre o conhecimento prévio e os novos conteúdos. É também onde são explicitados, de maneira mais ou menos clara, os valores e concepções individuais, sendo, portanto, uma arena privilegiada para a manifestação dos movimentos de reprodução e contradição em relação à seleção cultural apresentada pelo currículo.

O currículo avaliado, juntamente com o currículo desenvolvido, constituem a realidade da prática educativa. É nas avaliações, conteúdo e forma, que o currículo expressa o que tem mais valor. Se no currículo desenvolvido pode haver uma possibilidade um pouco maior de expressão de divergências, na avaliação de produto as divergências são punidas, uma vez que o que se pretende é a reprodução dos desempenhos desejados.

Utilizando esse referencial, propomos que a avaliação das condições de ensino seja organizada tomando o currículo como processo, capaz, portanto, de analisar as relações de coerência e contradição entre todas essas dimensões do currículo, bem como a coerência de todas elas com as diretrizes curriculares e os princípios do SUS.

Destacamos, entretanto, que esta é nossa proposta preliminar, que será debatida e aprofundada em um amplo processo de discussão, envolvendo escolas, docentes e estudantes, como feito para as diretrizes curriculares.