

## O SISTEMA DE CRÉDITOS E A MATRÍCULA POR DISCIPLINA: FATORES DESINTEGRADORES DO ENSINO MÉDICO

Prof. Dr. Antônio Márcio Junqueira Lisboa\*

Em 15 de maio de 1971, o Conselho Federal de Educação, após demorados estudos, achou por bem recomendar a adoção do "sistema de créditos" e o regime de "matrícula por disciplinas" às instituições de nível superior. Com isso, o Conselho visava facilitar as transferências no sistema educacional brasileiro, dar uma maior flexibilidade aos planos de ensino, que poderiam levar em consideração a velocidade de aprendizado de cada aluno e fixar critérios de organização e execução curricular, que permitissem a implantação da Reforma Universitária<sup>10,11</sup>.

O "sistema de créditos" nasceu de uma convenção, onde um crédito foi inicialmente aceito como a medida do trabalho escolar desenvolvido pelo aluno, ao assistir a uma hora de aula expositiva. Posteriormente, por analogia à definição existente nos Estados Unidos, passou-se a aceitar como crédito o trabalho escolar desenvolvido pelo aluno ao assistir a uma hora de aula expositiva semanal, durante um período letivo, ou seja, quinze semanas. Exemplificando: quando se atribui a uma disciplina quatro créditos, queremos dizer que são necessárias sessenta horas de aulas expositivas para que o aluno consiga aprendê-la. Como existem disciplinas cujo ensino se faz fora da sala de aula convencionou-se também que, nesses casos, um crédito equivaleria a trinta horas de atividades discentes.

O sistema de créditos e a matrícula por disciplinas foram considerados como um grande avanço no sistema educacional brasileiro. Realmente, para muitas áreas do conhecimento as vantagens foram evidentes. Entretanto, com relação aos cursos de Medicina, tem acarretado sérios problemas, facilmente constatáveis ao se proceder uma análise crítica dos currículos, desde sua organização à sua execução. Os inconvenientes assumem características mais sérias quando o estudo se refere à fase clínica do aprendizado, o que é propósito de nosso trabalho.

O nosso relato se baseia principalmente em fatos observados na Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) da Universidade de Brasília (UnB), antes e após a introdução do sistema de créditos e matrícula por disciplinas, tratando-se, portanto, de trabalho que emite nosso pensamento pessoal.

Em 1982, por solicitação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, tivemos oportunidade de visitar vinte e cinco escolas médicas, o que nos permite afirmar que o que aqui observamos pode ser extrapolado à maioria delas<sup>6</sup>. Em 1970, o aprendizado no

ciclo clínico da FCS-UnB era limitado a cinco programas: Introdução à Medicina de Comunidade, Introdução à Medicina Integral de Adultos I, Medicina Integral de Adultos II, Medicina Integral de Crianças e Assistência Materno-Infantil<sup>12</sup>.

No programa de Introdução à Medicina integral os alunos desenvolviam trabalhos práticos, que lhes permitiam discutir aspectos de Epidemiologia, Demografia, Saneamento Básico, Planejamento e Administração de Saúde. Realizavam estágios em Nutrição Aplicada, Saúde Escolar, Imunizações, Patologia Clínica e Exames de Saúde.

A Introdução à Medicina Integral permitia o desenvolvimento, ao aluno, de uma visão ecológica em relação à saúde, entendida como o resultado da adaptação do ser humano ao seu ambiente e o aparecimento da doença quando esse equilíbrio era perdido. Para conseguir esta visão o aluno deveria estudar o ser humano em seu ambiente natural, a fim de compreender o papel desempenhado pelo agente, pelo hospedeiro e pelo ambiente na eclosão das doenças. Através de estágios, intra e extramurais, ser-lhe-ia possibilitada uma visão da história natural de um fenômeno biológico, momentos vulneráveis e o papel do profissional na manutenção do equilíbrio indivíduo-ambiente, pela adoção de medidas que promovessem a saúde ou que impedissem a evolução do processo mórbido. Nesse programa o aluno aprendia Semiologia e as bases do raciocínio lógico da Medicina Analítica<sup>13</sup>.

Em Medicina Integral de Adultos I o aluno aprendia através de atividades ambulatoriais em enfermarias ou na comunidade, as bases de relação médico-paciente, a tomar os dados para uma história clínica, a realizar o exame físico, a formular diagnósticos sindrômicos, a solicitar e interpretar os exames complementares mais comuns e estabelecer a conduta nos casos de pouca complexidade. O treinamento em serviço constituía a base do aprendizado<sup>13</sup>.

A Medicina Integral de Adultos II permitia ao aluno um aprofundamento da Patologia de cada um dos sistemas orgânicos. Desenvolvia-se de forma integrada o ensino dos aspectos clínicos e cirúrgicos dos diversos sistemas. Continuavam as atividades ambulatoriais e de enfermaria. Iniciava-se o treinamento nas situações de urgência<sup>13</sup>.

No Programa de Assistência Materno-Infantil os alunos desenvolviam atividades no pré-natal, na sala de partos, no puerpério, nos berçários, nas enfermarias e nos ambulatórios de crescimento e desenvolvimento. Atividades de saúde materno-infantil na comunidade eram tam-

\*Professor Titular de Pediatria da Universidade de Brasília - DF.

bém desenvolvidas na Unidade Integrada de Saúde de Planaltina. As aulas, os seminários, as sessões anatômico-clínicas eram realizados com a presença de docentes das áreas de Obstetrícia e Pediatria. Os alunos aprendiam observando, participando e atuando, em regime de tempo integral<sup>13</sup>.

Em Medicina Integral da Criança o aprendizado se fazia através de atendimento da criança como uma unidade biopsicossocial, que vivia em uma família, no seio de uma comunidade. A visão holística do atendimento da criança exigia a utilização de atividades intra-hospitalares (ambulatórios, pronto-socorro, enfermarias) e extra-hospitalares (creche, centro de desenvolvimento social, comunidade, centro de saúde, postos de saúde rurais). O aprendizado em serviço se fazia através da assistência integral da criança. Integral entendida como o atendimento da criança em diferentes níveis de saúde (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação), de atenção à saúde (primária, secundária e terciária) e de prestação de serviços (domicílio, postos e centros de saúde, hospitais, creches e escolas)<sup>13</sup>.

O ensino clínico àquela época (1969 a 1975) ocupava as 4<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> séries, ou seja, do sétimo ao décimo semestre. Era realizado em tempo integral, sob a forma de treinamento em serviço e propunha o ensino através de programas integrados. Tinham como finalidade impedir a fragmentação do ensino em múltiplas disciplinas, auto-suficientes, cada uma delas atuando de forma isolada, absorvente, desintegrada e complexa, o que se acreditava, poderia acarretar prejuízos irremediáveis na formação do futuro médico. No ensino por programas o planejamento dos cursos, a definição de objetivos educacionais, a escolha das áreas eleitas para o treinamento, eram definidas por grupos multidisciplinares e multiprofissionais. No processo de avaliação dos alunos eram valorizados o desempenho em serviço e a capacidade de solução de problemas, ficando relegado a um segundo plano o uso de testes objetivos.

Atualmente, após a implantação do sistema de créditos e a matrícula por disciplina, a situação é bem diferente.

Em cinco semestres do ciclo clínico, ao invés de seis, os alunos devem cursar dezenove disciplinas obrigatórias, oito optativas recomendadas e um número variável de disciplinas facultativas<sup>14</sup>. Obviamente a explosão disciplinar obrigou a uma redistribuição dos créditos e uma tentativa de hierarquização das disciplinas. Af nos desastres. Disciplinas tinham como pré-requisitos outras com as quais não possuíam qualquer relação de dependência. Existiam disciplinas importantes com poucos créditos e outras, até dispensáveis, com número elevado. Não se trata mais do número de horas de trabalho escolar que o aluno deve dedicar à disciplina para assimilar o seu conteúdo, mas, simplesmente, do prestígio institucional do coordenador daquela disciplina.

Como exemplo, fizemos um levantamento dos créditos atribuídos a algumas disciplinas em diferentes escolas de Medicina e verificamos que a Pediatria variou de 8 a 20, Gineco-Obstetrícia de 9 a 20, Cardiologia e Pneumologia de 3 a 21 e assim por diante<sup>2</sup>.

Por último, porém não menos importante, o ensino é direcionado para o atendimento do adulto, na grande maioria das disciplinas, desde as consideradas básicas. Exemplificando, na UnB, a Anatomia obrigatória, refere-se ao adulto, sendo a Anatomia da Criança optativa. Por que

não só uma Anatomia? No ciclo clínico a mesma situação se apresenta. Semiologia, geralmente, é ensinada pelos docentes da Clínica Médica. As especialidades clínicas são ensinadas utilizando a assistência ao adulto, em áreas muitas vezes ligadas à Clínica Médica. E as especialidades pediátricas? No final, o que se depreende é que nosso curso de Medicina privilegia os adultos, em detrimento das crianças, em um país onde 70% da população pertence à área materno-infantil e cuja vulnerabilidade gritante pode ser constatada à simples verificação de qualquer estatística de morbimortalidade. Mas enfim, isso nada tem a ver com o sistema de crédito e a matrícula por disciplinas e será motivo de um próximo trabalho.

### Comentários

A implantação do sistema de créditos e da matrícula por disciplinas nas escolas médicas introduziu modificações curriculares que, ao invés de vantagens, acarretou repercussões negativas, refletidas no perfil dos profissionais por elas formados.

Essas repercussões podem ser identificadas em quatro níveis:

#### 1 - Institucional

A multiplicação de disciplinas permitiu aumentar enormemente o número de matrículas, para gláudio de alguns reitores que utilizavam os dados para, junto à comunidade e ao Ministério da Educação, mostrarem o quanto eficientes eram. Com isso, estimulavam o esfacelamento das disciplinas. A qualidade cedeu lugar à quantidade. Houve quem dissesse que, além de mostrar produtividade, queriam eles diminuir o número de alunos por disciplinas e assim evitar movimentos reivindicatórios. O que é certo, é que, em nossa Faculdade, o ciclo clínico passando de seis para vinte e sete disciplinas tornou difícil sua coordenação e supervisão, diminuindo a eficiência do ensino.

#### 2. Programático

O ensino do ser humano é esquartejado em disciplinas. Perde-se a visão unitária da pessoa que pensa, sofre, sonha, vive no seio de sua família e interage com sua comunidade. Inviabiliza-se assim a formação do médico capacitado a prestar assistência à saúde de nossa população. Cria-se um profissional com uma visão fragmentária dos órgãos e aparelhos que constituem o ser humano. Dependendo da escola em que se graduou, aprendeu mais Cardiologia ou Pneumo, Neuro ou Nefro, fato constatado com facilidade pela simples verificação de seu diploma, onde, por dispositivo legal, estão impressos os créditos que obteve em cada uma delas.

E quanto aos créditos? Não se discute mais o que, como, quando e onde ensinar. Os créditos obstruem os caminhos. "Você não pode ensinar assim porque você só tem dois créditos". "Eu só dou aulas teóricas porque minha disciplina tem um crédito". "Realmente, o ensino dessas disciplinas no oitavo semestre seria melhor, porém, não é possível, pois ultrapassaria os trinta e sete créditos". "Você só pode ensinar Neonatologia junto com Obstetrícia se você abrir mão de um crédito". "Não é possível colocar o aluno todo dia na enfermaria pois ultrapassaria os créditos". "Você não pode ensinar atenção primária

ria, pois ninguém abre mão dos créditos". "Minha disciplina tem 12 créditos, e a sua?". E por aí se vai.

Tornou-se quase impossível, hoje em dia, que se consiga conversar sobre como formar um bom médico sem que os créditos se intrometam na conversa e desvirtuem.

Tudo isso faz com que as disciplinas não sejam hierarquizadas de forma adequada e muito menos dispostas de maneira lógica. Já existem até os especialistas em "crediário curricular", ou seja, como distribuir os créditos de maneira correta sem afrontas e regimentos, regulamentos, instruções ou memorandos de autoridades universitárias. Mas será que assim melhoramos o ensino? Lógico que não. Essa verdadeira colcha de retalhos!!!

Mas será que o currículo melhorou com a proliferação de matrículas e a atribuição de créditos às disciplinas? Lógico que não. A situação em que vivemos é caracterizada pela perda sensível da eficiência do ensino pelo paralelismo, sua superposição, até mesmo, pelo antagonismo de atividades didáticas. A coordenação e a supervisão das atividades curriculares tornou-se praticamente impossível: multiplicaram-se os feudos, pois, cada coordenador de disciplina é autônomo, zela pela sua independência, ensina o que quer, como e onde acha melhor. Tem, porém, uma obrigação: lutar sempre por mais créditos. E os créditos? Com o descrédito do sistema eles têm muito pouco a ver com sua conceituação expressa no início de nosso trabalho e muito a ver com o prestígio do coordenador da disciplina. Não fora assim como poderíamos explicar que, dependendo da instituição, os créditos na disciplina de Pediatria variam de oito a vinte, em Obstetrícia, de nove a dezoito, em Pneumologia, de treze a vinte e um?<sup>2</sup>

### 3. Discente

O aluno no meio disso tudo é o mais sacrificado. Voltou novamente a correr de uma disciplina para outra. Existem dias que tem que enfrentar quatro disciplinas distintas, sem nenhuma conexão entre elas e ministradas em locais diferentes. A luta para compatibilizar horários é grande. Frequentemente, estão atrás dos professores, pedindo para mudar de turma a fim de conseguir completar os créditos. Na prática, o relacionamento com os pacientes torna-se impossível, menos a nível de internato. O ensino vem privilegiando a sala de aula. O treinamento em serviço tornou-se impraticável, exceto no internato. O que mais nos assusta é a tendência, identificável em um número crescente de alunos, da necessidade de obter créditos. Estamos frente ao "crediário curricular": "tenho que obter os créditos, caso contrário não serei aprovado e, conseqüentemente não obterei meu diploma". A escolha de disciplinas optativas, muitas vezes se prende à possibilidade de conseguir créditos com mais facilidade e não à necessidade real de cumpri-las. O eixo da preocupação discente desvia-se lenta e progressivamente da necessidade de aquisição de conhecimentos para o da obtenção de créditos.

### 4. Docente

Os docentes e a docência também vêm sendo prejudicados pelo sistema de créditos, na área clínica. Negase a contratação de docentes pelo fato da disciplina ter poucos créditos. Como contratar mais um docente se a

disciplina só tem três créditos? Mal sabe quem assim questiona, que disciplinas aprendidas em ambulatórios ou enfermarias são artesanais: "Júlio, venha palpar um fígado. Palpou? Não? Vamos tentar de novo". E nisso se passa uma hora. E que o trabalho em área clínica não pode nunca ser compatibilizado com créditos criado com a finalidade de avaliar o trabalho escolar do aluno em sala de aula. Não em ambulatórios, centros de saúde, enfermarias e outras áreas de atividades clínicas. O trabalho para aprender pode extrapolar de muito os limites dos créditos do semestre. Como quantificar créditos para atividades em pronto socorro? São de doze a vinte e quatro horas de plantão, às vezes sem um minuto de descanso. Como uma Congregação de Carreira, um Colegiado de Curso ou o Conselho Departamental, ou quem quer que seja, conseguirá fazer a correlação? O mesmo raciocínio se aplica a outras atividades. O docente atendendo à comunidade, ensina e pesquisa. São necessários tantos docentes quanto a população a ser atendida naquela unidade de saúde que serve de apoio ao ensino. Isso não tem nada a ver com créditos. Tem a ver com atender bem a população e ensinar, inclusive com o seu exemplo, o que deve ser feito e como são solucionados os problemas. O aluno nessas atividades é avaliado pela sua capacidade de solucionar problemas, pela sua formação ética e pelo seu embasamento científico. Pode cumprir quantos créditos queira que não deverá ser aprovado até o momento que mostre ser capaz de atender às necessidades de saúde daquela população, objetivo do ensino na área clínica.

Os docentes das áreas vivem angustiados. São muitas vezes coagidos a falsear informações para que as autoridades universitárias se convençam de que eles trabalham. Volta e meia chega um pedido de informação sobre a carga horária docente em cada disciplina. E a carga assistencial? E a carga administrativa? Não são valorizadas? e quando a carga horária docente ultrapassar de muito os créditos à disposição da disciplina? Mais uma vez confundem crédito, a medida de trabalho escolar do aluno, com avaliação da atividade docente. E essa situação está levando a outra, para nós da maior gravidade pois está se tornando cada dia mais freqüente, onde o professor "bate no peito" e diz: "Sou professor e não tenho obrigação de atender ninguém". O que é para nós inconcebível num professor de Medicina do ciclo clínico que ensina, acima de tudo, pelo seu exemplo.

### Conclusão

A implantação do sistema de crédito e a matrícula por disciplinas em nossa opinião prejudicou o ensino médico, em especial o relacionado com as áreas clínicas. A integração interdisciplinar e multiprofissional que era precária, passou praticamente a inexistir. Houve uma verdadeira pulverização disciplinar. A criação de novas disciplinas visou, com freqüência, o atendimento de vaidades pessoais, permitir a contratação de novos professores, aumentar o número de matrículas junto à comunidade, dar maior prestígio às escolas que utilizavam esse argumento para engordar seus orçamentos pela solicitação de recursos aos órgãos públicos ou pela cobrança aos alunos de matrícula em cada disciplina.

Quanto aos créditos, já fizemos uma exposição extensa de seus inconvenientes, salientamos dois deles: a preocupação docente de conseguir mais créditos pois isso significa mais professores e prova incontestante de tra-

balho e a discente que tem o pensamento fixo na obtenção de créditos e não na forma mais adequada de melhorar seu aprendizado.

Por esses motivos acreditamos que o sistema de créditos e a matrícula por disciplinas venham prejudicando o ensino além de dificultar a integração entre as disciplinas do curso médico, quer sejam do ciclo básico ou clínico, inviabilizar ou prejudicar o aprendizado através do treinamento em serviço e tornar inócuas as ações que visem a coordenação e a supervisão das disciplinas.

Propomos a substituição do sistema de créditos e a matrícula por disciplinas pelos programas multidisciplinares<sup>7,8</sup>. Um bom exemplo desses programas é o que ocorre em relação à saúde materno-infantil. Ao invés de serem individualizadas disciplinas de Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia, Puericultura ou Crescimento e Desenvolvimento, Cirurgia Pediátrica, Nutrição, Epidemiologia, Saúde Comunitária, etc., todas seriam englobadas sob o título de Programa de Assistência Materno-Infantil. Os alunos aprenderiam vendo, participando, fazendo, em um programa elaborado, supervisionado, executado e avaliado de maneira conjunta por docentes de todas as áreas, que dele participassem. Conseguiríamos assim formar nossos alunos dentro da concepção holística do ser humano, onde docentes e discentes trabalhando de forma integrada, desenvolveriam atividades de assistência e ensino em prol da melhoria das condições de saúde de nossa população.

#### Referências Bibliográficas

01. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Preparação do médico geral: reexame e perspectivas*. Rio de Janeiro, 1986 (Série de Documentos da Associação Brasileira de Educação Médica, 11).
02. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO MÉDICA. *Currículos plenos dos cursos de graduação em Medicina*. Rio de Janeiro, 1986.

03. FRAGA FILHO, C. & ROSA, A. R. *Temas de educação médica*. Brasília, MEC, 1980. (Série de monografias de ensino superior, v.1).
04. FURTADO, T. O Currículo na formação do médico geral. *R. bras. Educ. Méd.*, 10(2):91-4, 1986.
05. GALVÃO, L.; AMANCIO FILHO, A. & ROTIMAN, R. Currículo de medicina: implicações preliminares de suas mudanças. *R. bras. Educ. Méd.*, 4(2):23-5, 1980.
06. LISBOA, A. M. J. *Avaliação e perspectivas: subárea materno-infantil*. SEPLAN/CNPq, Brasília, 1982.
07. LISBOA, A. M. J. Internato rotativo integrado. *R. bras. Méd.*, 7(3):162-4, 1983.
08. LISBOA, A. M. J. *Bases doutrinárias para o ensino da pediatria*. Brasília, 1987. (Apostila UnB).
09. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. Ensino Médico: bases e diretrizes para sua reformulação. 1986. Brasília, 1987. (Documento nº 6).
10. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Secretaria de Ensino Superior. *Sistema de créditos e matrícula por disciplina: indicação nº 4*, Brasília, 1971.
11. BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 331 – Brasília, 7 de maio de 1971.
12. SANTANA, J. P. *Os cursos de medicina no Brasil: análise preliminar dos dados de informações sobre escolas médicas*. Brasília/OPAS, 1986 (Monografias do GAP, n.2).
13. BRASÍLIA, Universidade. Faculdade de Ciências da Saúde, Brasília, 1968.
14. BRASÍLIA, Universidade. Faculdade de Ciências da Saúde. *Currículo médico*. Brasília, 1987.

Endereço do Autor:  
SHIS QL. 14, Conj. 5 – Casa 01  
71600 – Brasília, DF