

**MARIA CRISTINA BRIANI**

**HISTÓRIA E CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CURRÍCULO  
NA EDUCAÇÃO MÉDICA:  
A TRAJETÓRIA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE  
DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Orientadora:  
Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira**

**Campinas**

**UNICAMP**

**2003**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**HISTÓRIA E CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CURRÍCULO  
NA EDUCAÇÃO MÉDICA:  
A TRAJETÓRIA DO CURSO DE MEDICINA DA FACULDADE DE  
CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

**Maria Cristina Briani**

***Orientadora: Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira***

Este exemplar corresponde à redação  
final da Dissertação defendida por  
**MARIA CRISTINA BRIANI**  
e aprovada pela Comissão Julgadora.  
Data: 16/01/2003

*Orientador:*

---

*Comissão Julgadora:*

---

*Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira – Orientador*

---

*Prof. Dr. Antônio Flávio Barbosa Moreira – FE/UFRJ*

---

*Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Angélica Maria Bicudo Zeferino – FCM/UNICAMP*

---

*Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Maria do Carmo Martins – FE/UNICAMP*

**2003**

**Catálogo na Publicação elaborada pela biblioteca  
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Bibliotecário: Gildenir Carolino Santos - CRB-8ª/5447

B76h	<p>Briani, Maria Cristina. História e construção social do currículo na educação médica : a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP / Maria Cristina Briani. -- Campinas, SP: [s.n.], 2003.</p> <p>Orientador : Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.</p> <p>1. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. 2. Medicina. 3. Currículo. 4. História. I. Pereira, Elisabete Monteiro de Aguiar. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.</p>
	03-012-BFE

## **RESUMO**

*O* estudo analisa o currículo do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM/UNICAMP) a partir dos pressupostos teóricos dos estudos históricos do currículo. Estes estudos, representados pelos trabalhos de Ivor Goodson, compreendem o currículo como artefato social e necessariamente campo de disputa e interesses diversos. A pesquisa contemplou o período de 1963, ano de início do curso, até 1983, quando ocorreu a última grande alteração no currículo, antes do atual processo de reforma curricular, ainda em curso. A metodologia da pesquisa teve por base ampla pesquisa documental sobre a criação da Faculdade de Medicina de Campinas e a posterior criação da Universidade Estadual de Campinas. A construção social do currículo é revelada em depoimentos de docentes e ex-alunos do curso, por meio da construção de suas memórias. A análise das mudanças no curso durante o período estudado procurou relacioná-las ao contexto mais amplo das reformas do ensino médico no Brasil, levantando as contradições entre a formação médica pretendida e o currículo construído na prática.

## **ABSTRACT**

*The* study analyses the curriculum of the Medical Course of the School of Medical Sciences of the State University of Campinas (FCM/UNICAMP) based on theoretical assumptions of historical curriculum studies. Such studies, represented by the works of Ivor Goodson, understand the curriculum as a social artifact and necessarily a field of competition and other interests. The research comprehended the period from 1963, when the course began, until 1983, when the last great curriculum alteration happened, prior to the current process of curricular reform, still in progress. The research methodology was based on a range of documentation of the Central File of UNICAMP, regarding the origin of the Medical School of Campinas and the later creation of the State University of Campinas. The social construction of the curriculum is revealed in statements of teachers and former students of the course, through the construction of their memories. The analysis of the changes occurred in the course during the period studied tried to relate them to the wider context of medical teaching in Brazil, showing the contradictions between the medical reform desired by the school and the actual curriculum organized.



Dedico este trabalho a meus pais,

*MARIA HELENA TEIXEIRA BARBOSA* (em memória)  
*ALVARO BRIANI*

e a meus filhos,

*MAURÍCIO CONRADO DOS REIS*  
*MARÍLIA CONRADO DOS REIS*



## **Agradecimentos**

Depois do tempo e do longo caminho percorrido ao término desta dissertação, quero agradecer às pessoas que foram fundamentais “*pra chegar até aqui*”:

*Carlos Alberto Lobão da Silveira Cunha*, por onde tudo começou, por acreditar e me fazer acreditar.

*Angélica Maria Bicudo Zeferino*, pela amizade, pelo apoio ao projeto e pelo estímulo ao meu trabalho.

*Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira*, por me acolher como orientanda, pelo respeito às minhas escolhas e pela paciência com as minhas incertezas.

*James Alberto de Moura*, pela ajuda na descoberta dos meus recursos.

Aos professores que aceitaram participar da pesquisa, pela oportunidade única que me concederam de conhecê-los e cujos relatos construíram o trabalho.

Aos amigos que descobri durante o Mestrado em Educação – *André Pietsch Lima, Francisco Gonçalves Filho (Chico), Márcia do Nascimento Vieira Antunes, Maria José Pinho e Margarita Sgro*, pelo carinho, amizade e pelas toneladas de bom humor que me ajudaram a transformar esse período numa aventura leve e saborosa.

Quero agradecer em especial à Comissão Julgadora da Defesa da Dissertação, *Profs. Drs. Antônio Flávio Barbosa Moreira (FE/UFRJ), Angélica Maria Bicudo Zeferino (FCM/UNICAMP) e Maria do Carmo Martins (FE/UNICAMP)*, pelos intensos elogios ao trabalho, pelo grande estímulo à continuidade desta e de outras pesquisas e “*pela minha última aula no Mestrado*”.

Agradeço também às seguintes pessoas e instituições:

Aos Coordenadores de Graduação em Medicina da FCM/UNICAMP, *Prof<sup>a</sup>. Dra Angélica Maria Bicudo Zeferino* (1997-1999) e *Prof. Dr. Sigisfredo Luís Brenelli* (1999-2002), pelo apoio e estímulo à minha participação nas atividades do Mestrado em Educação.

Ao Diretor da FCM/UNICAMP, *Prof. Dr. Mário José Abdalla Saad* (1998-2002); ao Presidente da Comissão de Residência Médica, *Prof. Dr. Fábio Bucarechi*; e ao Coordenador da Comissão de Pesquisa, *Prof. Dr. Aníbal Eugênio Vercesi* (1998-2002), agradeço o estímulo à pesquisa e o apoio institucional à minha participação nos congressos da Associação Brasileira de Educação Médica em 2000 (Petrópolis-RJ), 2001 (Belém-PA) e 2002 (Fortaleza-CE) e à Convenção Internacional de Educação Superior – 2002, em Havana, Cuba.

Ao Sistema de Arquivos da UNICAMP (SIARQ), na pessoa de *Eva Cristina Leite da Silva*, pela especial atenção com que me recebeu e pela valiosa colaboração na seleção dos documentos dos arquivos de criação da FCM e da UNICAMP e à Coordenadora do SIARQ, *Neire do Rossio Martins*, pela cessão de material para reprografia.

À *ABEM - Associação Brasileira de Educação Médica*, pelo recebimento do Prêmio ABEM 2001, durante o XXXIX Congresso Brasileiro de Educação Médica, em Belém-PA.

Este longo caminho teria sido mais difícil, não fossem o imenso carinho e o estímulo de sempre de meu pai, *Álvaro Briani*, e o amor dos meus filhos *Maurício Conrado dos Reis* e *Marília Conrado dos Reis*, que serão sempre a minha melhor obra, não importa o que eu venha a fazer na vida.

## O OUTRO

*Como decifrar pictogramas de há dez mil anos  
se nem sei decifrar  
minha escrita interior?*

*Interrogo signos dúbios  
e suas variações caleidoscópicas  
a cada segundo de observação.*

*A verdade essencial  
é o desconhecido que me habita  
e a cada amanhecer me dá um soco.*

*Por ele sou também observado  
com ironia, desprezo, incompreensão.  
E assim vivemos, se ao confronto se chama viver,  
unidos, impossibilitados de desligamento,  
acomodados, adversos,  
roídos de infernal curiosidade.*

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE



## SUMÁRIO

<i>Resumo / Abstract</i>	<i>iii</i>
<i>Dedicatória</i>	<i>v</i>
<i>Agradecimentos</i>	<i>vii</i>
<i>O Outro (Carlos Drummond de Andrade)</i>	<i>ix</i>
<i>Sumário</i>	<i>xi</i>
<i>Lista de Abreviaturas</i>	<i>xiii</i>
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>Contextualizando o problema da pesquisa.</b>	<b>9</b>
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>O Ensino Médico no Brasil: evolução e paradigma.</b>	<b>21</b>
<i>A constituição das escolas médicas e do ensino superior no Brasil.</i>	<i>23</i>
<i>Concepções divergentes de ensino médico: uma questão secular.</i>	<i>34</i>
<i>Os estudos e movimentos pela reforma do ensino médico a partir de 1950.</i>	<i>40</i>
<i>Problemas conceituais das propostas de mudança na educação médica e a constituição do paradigma do ensino médico.</i>	<i>47</i>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>Referencial teórico e metodológico da pesquisa.</b>	<b>55</b>
<i>Origens do campo de estudo do currículo e sua re-conceituação.</i>	<i>57</i>
<i>Abordagem metodológica: o caminho da pesquisa.</i>	<i>64</i>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>A construção social do currículo e suas contradições</b>	<b>77</b>
<i>A Faculdade de Medicina de Campinas.</i>	<i>80</i>
<i>A Universidade de Campinas.</i>	<i>86</i>
<i>Da Santa Casa ao HC.</i>	<i>92</i>

<b>CAPÍTULO V</b>	
<b>Embates curriculares: propostas vencidas.</b>	<b>113</b>
<i>A formação do médico geral e as propostas de integração anátomo-clínica e clínico-cirúrgica.</i>	116
<i>O Departamento de Medicina Preventiva e Social e o ensino inserido nos serviços de saúde á comunidade.</i>	131
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>147</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS, OBRAS E DOCUMENTOS CONSULTADOS</b>	<b>155</b>
<b>ANEXO 1 – Cronologia de instalação da FCM/UNICAMP</b>	<b>173</b>
<b>ANEXO 2 – Lista das disciplinas do currículo do curso de Medicina da FCMUNICAMP – 1972 / 1992</b>	<b>177</b>
<b>ANEXO 3 – Roteiro das entrevistas</b>	<b>187</b>
<b>ANEXO 4 – Consentimento livre e esclarecido para pesquisa</b>	<b>191</b>
<b>MEMORIAL</b>	<b>195</b>

***LISTA DE ABREVIATURAS***



*Lista de Abreviaturas*

---

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
CEE/SP	Conselho Estadual de Educação de São Paulo
CEG	Coordenadoria de Ensino de Graduação em Medicina
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas
ENC	Exame Nacional de Cursos
FCM/UNICAMP	Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas
FMRP/USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas
IDA	Integração Docente-Assistencial
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
USP	Universidade de São Paulo





O projeto de pesquisa pelo qual fui aprovada na seleção ao Mestrado na Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas propunha analisar o processo de mudança curricular do curso de Medicina da FCM/UNICAMP (Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas), iniciado em 1999, e as estratégias adotadas pela Comissão de Reforma Curricular para atender às diretrizes do novo currículo. Para realizá-lo, eram previstas pesquisas sobre a história da criação da FCM/UNICAMP e as alterações curriculares mais importantes já ocorridas no curso de Medicina. As primeiras buscas realizadas, revelaram, contudo, a necessidade de conhecer mais a fundo o que se pretendia mudar.

A Comissão de Reforma Curricular do curso de Medicina da FCM/UNICAMP foi aprovada pela Congregação da Faculdade em janeiro de 1999, em seqüência à realização de um amplo Seminário sobre Ensino de Graduação em Medicina, promovido pela CEG (Coordenadoria de Ensino de Graduação em Medicina), em novembro de 1998. A Comissão de Reforma Curricular, para a qual fui designada como funcionária da CEG, era composta por docentes e dois funcionários da FCM/UNICAMP e docentes do Instituto de Biologia da mesma Universidade. Instituída por meio da Portaria DFCM 07/99, a Comissão tinha por objetivo propor mudanças no currículo do curso de Medicina que atendessem às diretrizes aprovadas no Seminário.

A proximidade com os trabalhos da Comissão de Reforma Curricular me levou a procurar conhecer como se originou o curso de Medicina da FCM/UNICAMP, quais as idéias dos responsáveis por sua implantação, qual a concepção de ensino médico naquela época e qual a identidade construída pela direção, corpo docente, alunos, ao longo de quase quarenta anos de existência. O processo histórico de criação da Faculdade e sua trajetória posterior teriam estabelecido condições favoráveis à implementação das mudanças pretendidas no curso?

Pesquisas e leituras adicionais me levaram à constatação de que os principais problemas do ensino médico no Brasil, que demandaram a partir da década de noventa amplas discussões e a necessidade da reforma curricular dos cursos de medicina no país, vinham sendo identificados há décadas e continuavam a ser objeto de questionamento, seja por órgãos governamentais, associações médicas ou autores que

pesquisaram o tema (MEC/Comissão de Ensino Médico, 1971; Nunes, 1976, 1989; Andrade, 1978; Fraga Filho; Rosa, 1979; Luz, 1986; Santana, 1986; Schraiber, 1989; Paim, 1991; Associação Brasileira de Educação Médica, 1995, 1996; Feuerwerker, 1998). De modo geral, a falta de integração dos conhecimentos das ciências básicas e do ciclo clínico e a extrema fragmentação do conhecimento médico, traduzida pelo número crescente de disciplinas dos cursos, eram apresentados como os principais problemas.

Desse modo, meu interesse passou a ser o entendimento de como se deu o processo de construção do currículo do curso de Medicina da FCM/UNICAMP, procurando identificar as contradições entre a formação pretendida e formulada pela Faculdade, como sendo a do médico geral, e as forças atuantes no sentido contrário, direcionadas à formação de médicos especialistas, dentro de uma escola médica recente e tendo sido a primeira unidade de ensino da UNICAMP.

O trabalho guiou-se pelo referencial teórico de Ivor Goodson, que mostrou que para entendermos uma estruturação curricular é essencial pesquisar o seu desenvolvimento histórico e a influência das diferentes visões de educação. Para esse autor, os estudos históricos são fontes de conhecimento do processo de ensino da escola e uma forma de testar hipóteses a respeito de como um conhecimento é selecionado em detrimento de outro, na construção do currículo. Em estudo sobre a história da educação em biologia e ciências na Grã-Bretanha, Goodson concluiu que “( ... ) *as matérias não constituem entidades monolíticas, mas amálgamas mutáveis de subgrupos e tradições que, mediante controvérsia e compromisso, influenciam a direção de mudança*”, além de chamar a atenção para a estreita conexão do *status* acadêmico com a alocação de recursos (Goodson, 1995: 120). O campo teórico dos estudos históricos de currículo constitui também um importante recurso para entender o processo de nascimento e consolidação da medicina de base científica e sua vinculação ao paradigma de ensino médico, se analisado como produto de uma construção social, amplamente disseminada a partir da publicação do Relatório Flexner, em 1910, que significou a divisão das áreas de conhecimento, a organização universitária em departamentos e a fragmentação cada vez maior dos saberes envolvidos no ensino e na prática médica.

O trabalho partiu, portanto, da análise do desenvolvimento do curso de Medicina da FCM/UNICAMP, tendo os estudos históricos de currículo como referencial

teórico, que entendem o currículo como artefato social e necessariamente espaço de lutas, interesses e projetos distintos. Esta perspectiva refletiu as contribuições da teoria curricular crítica, que desenvolveu o conceito de currículo como produto de uma seleção interessada e não neutra de conhecimentos, e ao mesmo tempo como elemento de produção/reprodução de desigualdades. Identificar como foi operada essa seleção, analisando historicamente o desenvolvimento do curso de Medicina da FCM/UNICAMP, foi o objetivo deste trabalho.

Tanto na consecução desse objetivo como na apresentação dos resultados da pesquisa, história e construção social do currículo se articularam nas narrativas de uma seleção específica de sujeitos históricos - docentes e ex-alunos da FCM/UNICAMP – que, por meio de um trabalho de construção/restauração de suas memórias, possibilitaram levantar com enorme riqueza de detalhes, tanto histórias de vida como da organização do curso de Medicina dessa instituição.

A base histórica do trabalho foi estabelecida por pesquisa documental, complementada por procedimentos de história oral. O período delimitado para a pesquisa contemplou o início do curso de Medicina na FCM/UNICAMP, em 1963, até o ano de 1983, quando ocorreu a última grande alteração no currículo antes do processo de reforma que ainda está em curso. Em 1983 foi registrada oficialmente no catálogo do curso de Medicina da FCM/UNICAMP a mudança do Internato (período de treinamento dos estudantes nos serviços de assistência) de um para dois anos.

A pesquisa documental, realizada no Arquivo Central da UNICAMP, permitiu o conhecimento não somente de atos, leis e portarias, mas também relatos, discussões, decisões, que falam da construção social de uma faculdade e de uma universidade, fundamentada em concepções de ensino e de ciência diversas, porém fundamentais para o entendimento de como é formado um currículo. A leitura desses documentos suscitou outras questões acerca do desenvolvimento do currículo, cujo entendimento somente foi possível a partir da obtenção de depoimentos de docentes e ex-alunos da FCM/UNICAMP, todos de fundamental importância na história da faculdade e que acredito terem contribuído para a afirmação dos conhecimentos, habilidades e valores *considerados* como verdadeiros e legítimos em diferentes momentos e representados no currículo.

O plano da dissertação foi estruturado em cinco capítulos. O Capítulo I, *Contextualizando o problema da pesquisa*, procurará mostrar que o ensino médico tem sido objeto de discussões de organizações nacionais e internacionais desde a década de cinquenta e que os principais problemas identificados em sua organização não tiveram um enfrentamento adequado pelas escolas médicas. Nesse capítulo também será relatada a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas e como a FCM/UNICAMP se organizou nos últimos anos para adequar-se às novas propostas de ensino, a partir da realização do Seminário sobre Ensino de Graduação, de 1998, e a aprovação de uma Comissão de Reforma Curricular, em 1999.

No Capítulo II, *O ensino médico no Brasil: evolução e paradigma*, será relatado o desenvolvimento do ensino superior e das escolas médicas no Brasil, país caracterizado em todos os aspectos pela inserção tardia no sistema capitalista internacional, inserção que se deu sem que sua estrutura econômica e social fosse qualitativamente alterada. Este contexto, aliado à falta de políticas integradoras de educação e saúde, permitiu o crescimento desordenado das escolas médicas e a demanda crescente pela formação de especialistas, determinantes que acompanham até hoje a discussão do ensino médico no país.

No Capítulo III, *Referencial Teórico e Metodológico da Pesquisa*, será apresentada na primeira parte uma breve revisão do desenvolvimento da teoria curricular, do início do século XX ao nascimento da teoria curricular crítica, apresentando os principais autores da Nova Sociologia da Educação. O desenho metodológico adotado na pesquisa, derivado do referencial teórico dos estudos históricos de currículo, será apresentado na segunda parte, onde serão também detalhados os critérios de seleção da pesquisa documental, do roteiro das entrevistas e da escolha dos entrevistados.

No capítulo IV, *A construção social do currículo e suas contradições*, será relatado o processo de criação da FCM/UNICAMP e o desenvolvimento do curso de Medicina, a partir dos depoimentos orais e das informações obtidas em documentos do Arquivo Central, procurando mostrar as concepções de ensino e prática médica dos sujeitos da pesquisa que foram determinantes na construção do currículo, delimitando inclusões e exclusões.

No capítulo V, *Embates curriculares: propostas vencidas*, serão apresentadas duas concepções de ensino que foram inviabilizadas ao longo do período, procurando mostrar os padrões de resistência que operaram a seleção do currículo.

Nas *Considerações Finais* será avaliada a experiência de trabalhar com o referencial teórico dos estudos históricos de currículo para análise da construção social do currículo na educação médica, especificamente na FCM/UNICAMP, procurando realizar uma síntese dos capítulos anteriores.

O *Anexo 1* apresenta a cronologia da criação da FCM/UNICAMP e dos principais fatos relatados no trabalho. O *Anexo 2* apresenta a lista das disciplinas constantes do currículo do curso de Medicina da FCM/UNICAMP, incluindo o período estudado, obtidas a partir dos catálogos dos cursos de graduação da UNICAMP. No *Anexo 3*, é apresentado o roteiro seguido nas entrevistas e no *Anexo 4* o consentimento para utilização das informações das entrevistas utilizado na pesquisa.

A trajetória pessoal e profissional que me levou ao interesse por educação médica e as condições objetivas que permitiram a realização desta pesquisa são apresentadas no *Memorial* que integra o trabalho.



***CONTEXTUALIZANDO  
O PROBLEMA DA PESQUISA***



Os primeiros estudos sobre educação médica na América Latina, incluindo análises de escolas brasileiras, foram realizados no final da década de cinquenta, mas foi durante a década de sessenta que passou a existir grande interesse pela discussão do ensino de medicina no continente (Garcia, 1989; Feuerwerker, 1998). Os estudos pioneiros tiveram por tema a Medicina Preventiva e Social e origem na realização de dois seminários promovidos pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), em 1955 em Viña del Mar, Chile, e 1956, em Tehuacán, México. O crescente interesse pelo assunto e a continuidade da realização de reuniões nos países latino-americanos para discussão do ensino dessas áreas da medicina, deram origem a uma série de estudos sobre educação médica, sob a coordenação de instituições como a OPAS, Fundação Rockefeller e Fundação Kellog. Estas instituições tiveram grande influência na formulação de políticas dos países da América Latina em relação à educação de profissionais de saúde, especialmente médicos (Feuerwerker, 1998).

Os estudos dessa época já apontavam os efeitos da intensificação do processo de desenvolvimento tecnológico na área médica, identificados como parte do movimento de capitalização do setor, iniciado em meados dos anos 50. Na mesma época e como consequência desse processo, iniciou-se o desenvolvimento das especialidades médicas, com impacto imediato na organização do ensino de graduação, introduzindo nas grades curriculares, disciplinas de abordagem e ênfase na especialização, em detrimento da formação clínica geral.

No Brasil, a criação da ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica), em 1962, trouxe forte estímulo aos trabalhos de revisão de currículos. Em 1971, o MEC (Ministério de Educação e Cultura) criou a Comissão de Ensino Médico, com o intuito de analisar a situação do ensino médico no país. Ao instalar-se, a Comissão solicitou a imediata suspensão do processo de criação de novas escolas. O primeiro documento dessa comissão, fruto da análise das respostas a um questionário enviado a todas as escolas e de visitas *in loco*, fez recomendações visando homogeneizar o processo de formação de médicos, contendo a expansão desordenada da rede escolar e estimando em bases mais realistas o número de vagas oferecidas pelas faculdades. Reconheceu-se que o número de escolas era muito reduzido para as exigências do país,

mas que o crescimento havia sido demasiado rápido e descontrolado, muitas vezes carecendo de estudos prévios para a localização de novas escolas, nem previsão de recursos didáticos, em especial quanto ao corpo docente (Fraga Filho; Rosa, 1979).

De fato, a resposta brasileira à necessidade de ampliar a formação de médicos foi intensa e bastante específica. Dados citados por Feuerwerker (1998), mostram que de 1967 a 1972 o número de escolas médicas passou de 31 a 73 e o número de estudantes de medicina de 21.907 para 44.074. O Brasil foi praticamente o único país da América Latina onde essa expansão baseou-se em escolas isoladas, na maioria instituições privadas. A lógica da abertura das escolas era a do mercado, concentrando-se as novas escolas nas regiões mais desenvolvidas do país, especialmente a sudeste. Em termos pedagógicos, as novas escolas adotaram o modelo tradicional de ensino, fragmentado em grande número de disciplinas, sem visão do processo saúde-doença, e tendo como principal cenário de ensino o hospital-escola e sua organização.

As recomendações para a melhoria do ensino médico, registradas em documentos da ABEM e da Comissão de Ensino Médico do MEC, envolviam a criação, supressão ou transformação de disciplinas; reorganização curricular, com alterações na seriação, no conteúdo e na carga horária das disciplinas; ênfase no ensino de Medicina Preventiva e Social; preparo didático-pedagógico dos docentes; definição dos objetivos educacionais; aperfeiçoamento das técnicas de ensino e de avaliação; integração das disciplinas dos ciclos básico e profissional, com antecipação da experiência clínica do estudante; utilização dos ambulatórios no ensino e criação do internato (Fraga Filho; Rosa, 1979). Além dessas recomendações, a formação do profissional em medicina deveria ser orientada para a resolução dos principais problemas de saúde da população e para a capacidade de atuar nos diversos níveis da cobertura de atendimento.

Durante os anos 70 ocorreram algumas experiências consideradas inovadoras em universidades públicas, destacando-se o Curso Experimental de Medicina da Universidade de São Paulo; a reforma curricular do curso de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; as experiências dos cursos de medicina da Universidade de Brasília, da Universidade Estadual Paulista (Botucatu) e da Universidade Estadual de Campinas. No entanto, essas experiências não foram duradouras e nenhuma delas conseguiu estabelecer-se como referência, terminando por

sucumbir ao modelo hegemônico da educação médica, com prática baseada no hospital-escola, currículo fragmentado em função do processo de especialização e utilização de metodologias de ensino tradicionais.

Fraga Filho & Rosa (1979), em um dos primeiros estudos sobre o ensino médico no Brasil, citaram Villarreal<sup>1</sup>, para afirmarem que as mudanças tentadas nesse período “( ... ) deixaram intacto o modelo estruturador do ensino, que determina, em medida maior, o condicionamento do aluno e do docente para uma prática individual e um enfoque curativo dos problemas de saúde ( ... )” (Villarreal, citado por Fraga Filho; Rosa, 1979: 82). De fato, permaneceram as contradições entre o currículo recomendado e a organização administrativa universitária; entre o produto que se pretendia formar – o médico geral – e o predomínio da especialização.

O próprio conceito de saúde adotado pelos organismos nacionais sofreu alteração no período, deixando de ser apenas sinônimo de ausência de doença para se configurar como o estado de completo bem estar físico, psíquico e social (Fraga Filho; Rosa, 1979). Em decorrência disto, impôs-se uma reformulação dos objetivos das faculdades de medicina, que deveriam dar prioridade aos problemas de saúde comunitária. O ensino médico passou a ter como objetivos não somente o diagnóstico e o tratamento das doenças, mas os meios de evitá-las e de manter a saúde. Os objetivos da política de saúde desviaram-se da “*expectativa cronológica de vida*” para a “*expectativa de vida produtiva*” (Fliedner<sup>2</sup>, citado por Fraga Filho; Rosa, 1979: 24).

Após três décadas de sucessivas discussões e algumas experiências de reformas curriculares, as escolas médicas do Brasil chegaram aos anos noventa discutindo novamente seu modelo de ensino e os temas abordados nos congressos sobre ensino médico voltaram às habituais dicotomias entre teoria e prática, ciências básicas e aplicadas, psíquico e orgânico, indivíduo e sociedade. As dificuldades apontadas no modelo pedagógico mantiveram-se praticamente as mesmas: ensino teórico excessivo; poucas atividades práticas ou limitadas aos últimos anos do curso; seqüência e

---

<sup>1</sup> Villarreal, R. et al. Bases para el diseño curricular de la carrera de medicina. *Educación Médica y Salud*, v. 11, n. 2, 1977, p. 109-18.

<sup>2</sup> Fliedner, T.M. Perspectives of Medical Education in relation to the development of the Health Care Systems. In: *Medical Care and Society*. Ninth Council for International Organization of Medical Sciences. Round Table Conference. Rio de Janeiro, 1974.

hierarquia dos conteúdos acadêmicos incoerentes com a realidade da saúde; formação médica fragmentada e desprovida de crítica, descontextualizada das necessidades de saúde da população; falta de compromisso e alienação da comunidade acadêmica em relação à realidade de saúde; mercado de trabalho privilegiando a captação de recursos financeiros e a utilização de tecnologias sofisticadas, sem a necessária ênfase na resolução de problemas básicos de saúde (Donnangelo, 1975; Fraga Filho; Rosa, 1979; Paim, 1991; Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico, 1994; Congresso Brasileiro de Educação Médica, 1995, 1996; Andrade, 1995; Bonfim, 1996; Feuerwerker, 1998).

Na última década as discussões sobre o ensino médico no Brasil ganharam maior articulação a partir da criação da CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico), renomeada anos depois de Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas, na qual estão representados praticamente todos os órgãos de classe e de ensino médico<sup>3</sup>. A CINAEM foi criada em novembro de 1990, durante a realização do XXVIII Congresso da ABEM, quando esta entidade e o Conselho Federal de Medicina decidiram criar um grupo de trabalho com o objetivo de avaliar o ensino médico no país. Para compor esse grupo foram convidadas entidades representativas da comunidade acadêmica e da classe médica, originando a CINAEM.

A partir de sua criação a CINAEM definiu um plano de trabalho, cuja primeira fase foi iniciada em abril de 1991, com a elaboração de um Protocolo de Avaliação encaminhado a todas as escolas médicas, visando analisar a estrutura administrativa, o modelo pedagógico, os recursos disponíveis e o tipo de profissional formado.

---

<sup>3</sup> A criação da CINAEM foi apoiada pelas seguintes entidades: Conselho Federal de Medicina; Associação Brasileira de Educação Médica; Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina; Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras; Associação Médica Brasileira; Federação Nacional dos Médicos; Associação Nacional dos Médicos Residentes; Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior; Academia Nacional de Medicina; Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro; Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Nos anos posteriores outras entidades passaram a apoiar os trabalhos da Comissão.

Na primeira fase, das 80 escolas médicas existentes, 77 responderam a um levantamento feito por intermédio de questionário, cuja análise das respostas apontou as seguintes tendências (CINAEM, 1994):

- A estrutura da maioria dos cursos no Brasil divide-se em ciclo básico, pré-clínico, clínico e Internato, com ensino departamental e pouca integração dos conteúdos desenvolvidos pelas disciplinas.
- O modelo de ensino é centrado na doença, sem visão integradora do indivíduo e da sociedade.
- A avaliação da aprendizagem privilegia os conhecimentos técnicos e em menor grau as habilidades e a relação com o paciente.
- Baixa titulação docente.
- Predomínio das atividades docentes no ensino e na assistência e em menor proporção na pesquisa.
- Especialização precoce do aluno, decorrente principalmente da associação entre a escola médica e o hospital universitário, cuja organização baseia-se na divisão da prática por especialidades e sub especialidades, na falta de crítica à utilização de tecnologia e na ideologia da medicina como profissão liberal.

A segunda fase do projeto de avaliação da CINAEM constou de três estudos diferentes para avaliar as variáveis selecionadas na primeira fase: um estudo transversal, com o objetivo de analisar o corpo docente (recursos humanos); um estudo longitudinal, para estudar o médico formando, e um estudo desenhado a partir do enfoque estratégico, para avaliação do modelo pedagógico adotado pelas escolas (CINAEM, 1994). A análise dos dados da primeira fase, acrescida das informações levantadas pela segunda fase dos trabalhos, deixou claro que os problemas do ensino e da prática médica, em que pesem alguns esforços de mudança, continuam sendo os mesmos que foram identificados há trinta anos.

O paradigma do ensino médico, baseado em uma visão de ciência explicitada pela fragmentação e acúmulo de conhecimentos, impede discussões e mudanças mais efetivas. Nas últimas décadas, o rápido desenvolvimento científico e

tecnológico nas ciências básicas trouxe para o ensino das áreas de saúde, particularmente à medicina, a questão do dinamismo do conhecimento. Estima-se que a cada ano sejam publicados 600 mil artigos na área biomédica e que a cada cinco anos o profissional formado deverá ter seus conhecimentos reciclados. Entre estudantes e principalmente docentes envolvidos com a definição das mudanças no conteúdo e na metodologia de ensino de graduação em medicina, cresce a angústia pela dúvida se os conhecimentos hoje transmitidos continuarão a ser úteis no futuro próximo.

Por essa razão, uma questão bastante presente nas discussões sobre mudanças no ensino médico diz respeito à formação científica do aluno durante o curso, para que possa acompanhar, de forma crítica, o volume de novas informações e pesquisas na área, além de capacitar-se à formação continuada. Outra questão muito presente nas discussões sobre mudanças no ensino médico é o resgate dos aspectos humanos da relação médica durante a formação dos alunos. Notadamente, busca-se uma formação profissional que permita acompanhar o conhecimento científico gerado nos laboratórios e universidades de ponta, mas que deverá ser orientada às demandas de saúde de uma sociedade que ainda convive com profundas desigualdades sociais.

A FCM/UNICAMP, acompanhando o movimento desencadeado pelas reformas curriculares de outras faculdades de medicina, ocorridas na década de noventa, e estimulada pelas discussões do âmbito da CINAEM, decidiu promover a reforma curricular do curso de Medicina. No dia 21 de dezembro de 1998 a Congregação da Faculdade aprovou por unanimidade a proposição de iniciar a reforma curricular do curso, dando continuidade ao processo de discussão de um novo currículo. Este processo de discussão das deficiências do ensino de graduação vinha ocorrendo de modo sistemático no âmbito da CEG, ancorado em avaliações do curso e estimulado por encontros estaduais e nacionais de ensino médico, porém não se fazendo acompanhar por mudanças efetivas no curso. Algumas experiências de integração, seguindo a metodologia da ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas, ou PBL, do inglês, foram introduzidas no currículo durante a década de 90, ficando, no entanto, restritas a poucas disciplinas do curso básico e a um pequeno número de docentes interessados por essa abordagem didática. A instituição da Comissão de Reforma Curricular, em janeiro de 1999, foi precedida pela realização do Seminário sobre Ensino de Graduação em

Medicina, em novembro de 1998, no qual foram definidas as diretrizes a serem seguidas pela Comissão na elaboração do novo currículo.

A FCM/UNICAMP (inicialmente Faculdade de Medicina de Campinas), foi criada em 1963, sendo anterior à implantação da própria Universidade. Sua primeira turma formou-se em 1968 e por ela já foram graduadas, até dezembro de 2002, 35 turmas, num total aproximado de 3.100 alunos. Do ensino clínico, ministrado inicialmente na Santa Casa de Misericórdia de Campinas, às enormes instalações do HC (Hospital das Clínicas), onde os alunos passam pelo aprendizado das especialidades, o currículo pleno da FCM/UNICAMP já sofreu diversas alterações, com criação de novas disciplinas, aumento na carga horária e no número de créditos. Uma das principais mudanças deu-se a partir do catálogo de 1983, alterando o período do Internato para dois anos, tendo sido a primeira faculdade de medicina do Brasil a realizá-la.

Em termos numéricos, comparando-se, por exemplo, o número de disciplinas obrigatórias, o número de créditos e a carga horária total do curso, em diferentes anos de ingresso, segundo os Catálogos dos Cursos de Graduação da UNICAMP, encontra-se a média para a década de 80 de 61 disciplinas, 382 créditos e 8.098 horas, com os dois primeiros anos da década apresentando 71 disciplinas, 331 créditos e 7.620 horas. O Catálogo de 1999 apresenta o curso de Medicina com 72 disciplinas, 643 créditos e total de 9.591 horas, representando aumentos de 18% no número de disciplinas obrigatórias, 68% no número de créditos e de 18% na carga horária sobre a média da década anterior.

A duração do Internato, a partir do catálogo de 1983, aumentou de um para dois anos e as opções de estágio por diversas áreas deixaram de existir, passando a ser realizado obrigatoriamente em rodízio nas cinco grandes áreas - Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Tocoginecologia e Medicina Preventiva e Social - e por diversas especialidades (Anexo 2). Nos anos subseqüentes a grade curricular do curso sofreu poucas alterações, porém o número de horas aumentou, devido ao crescimento das atividades do Internato.

Em dezembro de 1997 e ao longo do ano de 1998 a CEG passou a promover discussões mais amplas sobre o ensino, abertas a todos que desejassem participar e tendo como convidados alguns docentes mais experientes e historicamente

ligados ao ensino médico. Esses encontros, registrados por mim em fitas de áudio e atas da CEG, apontaram para a necessidade de ser promovido um evento de maior porte na Faculdade, que envolvesse docentes e alunos na discussão do ensino e em colaboração com outras instituições que pudessem relatar suas experiências de reforma curricular.

Desse modo, foi organizado o Seminário sobre Ensino de Graduação em Medicina, realizado nos dias 18, 19 e 20 de novembro de 1998, nas dependências do conjunto de salas de aula da FCM/UNICAMP. Contando com poucos recursos e uma equipe mínima de funcionários da própria CEG na organização, esse evento surpreendeu pela participação intensa de docentes e alunos do curso, dos calouros às turmas dos últimos anos. A CEG suspendeu as aulas no período do Seminário, que contou com aproximadamente quinhentos inscritos.

Para a realização do Seminário foi proposta a discussão de temas que pudessem reverter futuramente na melhoria do ensino na Faculdade: o planejamento curricular; a avaliação do ensino; a transformação proposta pela CINAEM; as relações do ensino com as transformações do mercado de trabalho médico; além de ouvir os relatos de experiências de mudança curricular das faculdades de medicina da Universidade Federal de São Paulo (antiga Escola Paulista de Medicina); da USP de Ribeirão Preto; da UNESP (Universidade Estadual Paulista), em Botucatu; da Universidade Estadual de Londrina; da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro e da Universidade de Cornell, nos Estados Unidos. Para organizar as discussões, a estratégia adotada foi dividir os participantes em grupos, que levantaram as deficiências na formação médica da FCM/UNICAMP e apresentaram propostas para saná-las. Ao final dos três dias de duração, oito grupos de trabalho, formados por professores e alunos, reunidos para discutir os temas propostos nos painéis, apresentaram em plenária as propostas e diretrizes para o ensino médico de graduação, que foram aprovadas por ampla maioria.

Os grupos de trabalho do Seminário discutiram os temas “*O médico que queremos*”; “*Dificuldades para a formação do médico que queremos*” e “*O que fazer para enfrentar as dificuldades: diretrizes e propostas para o ensino médico de graduação*” e no total apresentaram mais de uma centena de proposições sobre esses temas (Faculdade de Ciências Médicas, 2000). As dificuldades para alcançar a formação

do perfil desejado de médico na FCM/UNICAMP, apontadas pelos grupos de trabalho seriam, por ordem decrescente de frequência de respostas: o Internato inadequado; o modelo assistencial; os serviços de saúde e as relações com o ensino; a metodologia de ensino e a didática docente; a avaliação da aprendizagem; a infra-estrutura; a carga horária excessiva; a falta de tempo e de disciplinas eletivas no currículo; a falta de estímulo à docência; a inadequada relação professor-aluno; a falta de integração curricular; o paradigma de ensino; falta de diretrizes e objetivos claros; as estruturas institucionais e acadêmicas; a inserção tardia do aluno no atendimento; a inadequação das disciplinas de conteúdo humanístico no currículo, como ciências sociais, bioética e saúde mental; a resistência à mudança; o ciclo básico ruim; a preocupação do aluno com o exame de ingresso na Residência Médica.

As diretrizes propostas para o ensino médico, contidas nas proposições dos grupos de trabalho apresentadas ao final do Seminário contemplavam, entre outras questões: adequação da carga horária; criação de disciplinas eletivas; planejamento curricular; organização do ensino com a assistência; inserção do aluno no atendimento primário e secundário; metodologia de ensino centrada no aluno; integração de conhecimentos; estímulo às atividades docentes na graduação; reorganização das disciplinas humanísticas no currículo e gestão do currículo pela CEG.

As diretrizes aprovadas no Seminário foram encaminhadas à Direção da Faculdade e em reunião de 21/12/1998 a Congregação aprovou por unanimidade o início do processo de mudança curricular, pautado nas diretrizes do Seminário. Em 09/04/1999, por meio da Portaria DFCM 07/99, foi designada a Comissão de Reforma Curricular da FCM/UNICAMP para, no prazo de seis meses, propor estudos sobre a reforma curricular do curso médico. A Comissão de Reforma Curricular foi constituída inicialmente por doze docentes da FCM/UNICAMP, três docentes do Instituto de Biologia, três alunos do curso de medicina e dois funcionários da CEG, entre os quais esta autora.



***ENSINO MÉDICO NO BRASIL:  
evolução e paradigma.***



O desenvolvimento do ensino médico no Brasil será relatado neste capítulo em quatro seções. A primeira abordará o desenvolvimento das escolas médicas, dentro do marco das políticas para o ensino superior no Brasil, da sua constituição aos dias atuais, cuja compreensão acredito necessária, a despeito de não estar entre os objetivos do trabalho. Por essa razão serão apresentados somente os principais fatos e algumas análises para a compreensão do seu contexto. Na segunda seção serão enfocadas as concepções divergentes de ensino médico no Brasil do período do Império, privilegiando as análises da recente historiografia médica brasileira. Na terceira seção será apresentada uma revisão dos principais estudos sobre ensino médico na América Latina e as discussões da última década no Brasil, articuladas pela CINAEM. Na última seção do capítulo, o enfoque recairá sobre alguns problemas conceituais das propostas de mudança na educação médica no Brasil que foram identificados por Feuerwerker (1998) e uma breve análise da resistência às mudanças no ensino médico tendo por referencial teórico as definições de Kuhn (1978) a respeito da competição entre paradigmas.

### **A constituição das escolas médicas e do ensino superior no Brasil.**

Antes do início do século XIX não existiam instituições de ensino superior no Brasil, somente seminários e colégios ligados a jesuítas, que promoviam uma formação religiosa. A formação médica era realizada na Europa, principalmente Coimbra, Montpellier e Edinburgh. Em 1808, a Família Real transferiu-se para o Brasil e, a partir daí, iniciou-se o processo de adequar a colônia às necessidades acarretadas por essa mudança, com a criação de uma série de instituições que passaram a prover a formação de quadros para a Nova Corte. As primeiras escolas médicas foram fundadas em Salvador (Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia) e no Rio de Janeiro (Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro), ambas em 1808. Estas instituições funcionavam nos prédios dos antigos colégios dos jesuítas das duas cidades que, com a expulsão desses padres, em 1759, passaram a ser utilizados como hospitais militares (Cunha, 1986). Apesar da

primeira escola ter perdido a documentação de sua criação, pode-se inferir que as duas instituições tinham a mesma estrutura curricular, formada pelas cadeiras de Cirurgia e Anatomia. Os requisitos eram a língua francesa e a habilitação se restringia a algumas questões de saúde, sangrias, ventosas, tratamento de fraturas, com as diretrizes orientadas a partir da metrópole portuguesa (Edler; Fonseca, 2000).

Em 1812 ocorreu a primeira reforma, com o Projeto Bom Será. O curso passou de quatro para cinco anos; introduziu-se a língua inglesa e duas modalidades de habilitação, Cirurgia e Curas de Cirurgia; e ampliou-se o número de cadeiras, com Terapêutica, Obstetrícia, Química e Farmácia (Edler; Fonseca, 2000).

Em 1815, o Colégio Médico-Cirúrgico da Bahia, já denominado Academia de Cirurgia, foi transformado por Carta Régia em Academia Médico-Cirúrgica da Bahia, e as aulas ministradas no Hospital da Caridade (Gonçalves, 2000). Em 1820 foram elaborados novos estatutos para os cursos de medicina, com mudança na idade e nos requisitos para ingresso dos alunos, que passaram a ser língua portuguesa, francesa e lógica. O curso manteve os cinco anos, porém com maior número de disciplinas. Segundo Edler & Fonseca (2000), desde esse período já havia a preocupação, na Corte, com a questão da habilitação e da autonomia das academias em relação à metrópole portuguesa.

Em 09/09/1826, uma lei outorgou às escolas médicas o direito de conferir cartas de cirurgião ou cirurgião formado e de médico aos alunos por elas formados. Essa lei foi ampliada em 1828, determinando que só médicos diplomados pudessem clinicar, desaparecendo as “*cartas de licenciamento*” (Lampert, 2002, destaque no original).

Em Lei de 03/10/1832 as academias do Rio de Janeiro e da Bahia foram transformadas em Faculdades e estabelecidas novas mudanças, resultado das reivindicações da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, criada em 1830 e organizada segundo o modelo da existente em Paris (Cunha, 1986). O ingresso no curso passou a se dar a partir dos 16 anos; estabeleceu-se a obrigatoriedade de exames preparatórios; ampliaram-se os conhecimentos exigidos, com introdução de francês, inglês, latim, filosofia, aritmética e geometria; a duração do curso passou para seis anos, com habilitação em medicina, concedendo o título de doutor, farmácia (três anos) e obstetrícia (dois anos) (Edler; Fonseca, 2000; Lampert, 2002).

Em 1879 foram criadas no Rio de Janeiro as Conferências Populares da Glória, espaços públicos onde eram promovidas conferências com o objetivo de ilustrar a sociedade e, no âmbito dessas conferências, surgiram as primeiras críticas à qualidade do ensino médico. Até o final do século XIX essas críticas aumentaram, ultrapassando os muros das faculdades e ganhando a sociedade. No mesmo ano ocorreu a Reforma Leôncio de Carvalho, com o aumento do número de laboratórios; a obrigatoriedade de aulas práticas; a liberdade de frequência; cursos livres e diploma para as mulheres. Essa reforma não foi colocada imediatamente em prática, mas apontou para a necessidade de reformar o ensino médico, inclusive o espaço físico (Edler; Fonseca, 2000).

Ainda no século XIX, em 1898, foi criada mais uma escola médica, em Porto Alegre. A distribuição geográfica das escolas médicas no país no final do século XIX, além do Rio de Janeiro e Bahia, se dava entre Minas Gerais, São Paulo, Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Do final do século XIX até os anos 30 do século XX, com o advento da República, a distribuição de escolas médicas se alterou bastante, alcançando também a região norte, com escolas nos estados do Pará e Amazonas, além de Ceará, Espírito Santo, Paraná e Santa Catarina (Edler; Fonseca, 2000; Gonçalves, 2000).

À época da Proclamação da República, em 1889, existiam no Brasil faculdades de Direito, Medicina e uma Politécnica, com total de 2.300 estudantes, restringindo-se, portanto, à formação de profissionais liberais – médicos, engenheiros e advogados (Ribeiro, 1985). Alunos e docentes provinham das elites dominantes, que se constituíam dentro de um sistema de relações sociais em transição, que evoluía da sociedade escravista e colonial para a oligarquia republicana. Dessa forma, a escola superior constituía-se num local de consolidação do *status* social e, aos poucos alunos que a freqüentavam, destinavam-se funções burocráticas dentro do sistema oligárquico. No início do período republicano, entre os anos de 1912 e 1914, houve uma expansão do ensino superior, não só no número de instituições ligadas à medicina, mas também a criação de instituições de pesquisa, e a consolidação de práticas e de uma formação profissional diferenciada para o ensino médico.

No período de 1890 a 1929, foram criadas no Brasil 64 instituições de ensino superior, sem que houvesse grandes transformações em sua estrutura. Segundo

análise de Fernandes (1975), a desagregação do regime escravista para a formação do regime de classes não foi acompanhada de qualquer ruptura dos laços de dependência econômica e cultural em relação ao exterior, havendo sim uma redefinição desses laços.

A primeira instituição de ensino superior no Brasil com o nome de universidade, a Universidade do Rio de Janeiro, foi criada em 1920, depois de muitas tentativas. A política educacional para o ensino superior do Império e do início do período republicano foi marcada pela oposição entre duas correntes de pensamento, a liberal e a positivista, que foram determinantes para o nascimento tardio da universidade brasileira (Cunha, 1986; Fávero, 2000). Segundo Cunha, “*embora fosse comum, mas não generalizada, a associação da defesa da liberdade de ensino à da criação da universidade, entre os liberais, o mesmo não acontecia com os positivistas*” (Cunha, 1986: 94).

Para os liberais, a importância da criação de uma universidade no Brasil passava pela formação de uma elite preparada, competente, “*capaz, não de traduzir as aspirações populares, mas de desenvolvê-las e incentivá-las*” (Barros<sup>1</sup>, citado por Cunha, 1986: 94). Os liberais defendiam a criação de uma instituição que se dedicasse à cultura e ao saber desinteressado, diferente das escolas profissionais já existentes. Quanto aos positivistas, sua oposição à criação de uma universidade no Brasil ligava-se à própria doutrina que abraçavam. O positivismo nasceu como uma versão ideológica da sociedade capitalista, com o empirismo inglês do século XVIII de Bacon, Locke e Hume, e assumindo sua forma madura no pensamento de Comte (Cunha, 1986). As idéias positivistas procuravam combater o poder da Igreja Católica, defensora do feudalismo, e os levantes populares que ameaçavam o poder conquistado pela burguesia. Defendiam o ensino livre e o exercício das profissões, independentemente dos privilégios corporativos, diminuindo, dessa forma, o poder da universidade controlada pela Igreja, e dos sindicatos operários. Com a vitória de Napoleão Bonaparte e a restauração do Império, criou-se a Universidade de França, destinada ao controle do ensino. Para os positivistas, a universidade mantida pelo governo tornara-se reacionária, exploradora das massas e coberta de privilégios. Os positivistas brasileiros que se

---

<sup>1</sup> Barros, R.S.M. de. A ilustração brasileira e a idéia de universidade. *Boletim da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras (USP)*, n. 241, 1959, p. 27.

opunham à criação da universidade defendiam que o Brasil já possuía um número de instituições mais do que suficiente para a formação de profissionais e melhor seria utilizar os recursos para a instrução popular, mais urgente e necessária (Cunha, 1986).

A criação da Universidade do Rio de Janeiro não significou, no entanto, a vitória das idéias liberais, pois sua implantação se deu por aglutinação de faculdades isoladas de medicina, engenharia e direito. Em 1927 foi criada a Universidade de Minas Gerais, nos mesmos moldes da primeira universidade, por justaposição das faculdades de engenharia, direito, medicina, odontologia e farmácia, já existentes em Belo Horizonte (Cunha, 1986; Fávero, 2000). Em 1931 ocorreu a Reforma Francisco Campos, equiparando instituições de ensino mantidas pelo governo e determinando a inserção dos cursos livres, dando início ao processo de especialização profissional. A criação da universidade voltada para os objetivos do grupo liberal apenas foi conseguida em 1934, com a criação da USP (Universidade de São Paulo).

Cunha (1986) apontou para o surgimento, no decorrer dos anos 20, na burocracia do Estado e nas instituições da sociedade civil, dos *profissionais da educação*, em oposição aos *diletantes*, até então hegemônicos no campo educacional. Dentre esses profissionais, Fernando de Azevedo e Anísio Teixeira foram os mais importantes para o desenvolvimento das idéias liberais para o ensino superior no Brasil no período subsequente, o primeiro ligado à criação da USP e o segundo à da UDF (Universidade do Distrito Federal), em 1935. Pela importância histórica que tiveram para a educação superior no Brasil, será apresentado na seqüência um breve perfil desses dois educadores.

A primeira crítica sistematizada à forma de criação da Universidade do Rio de Janeiro partiu de uma série de reportagens do jornalista Fernando de Azevedo, publicadas no jornal “O Estado de São Paulo”, em 1926. O relatório final de uma pesquisa encomendada a ele pelo diretor do jornal, Júlio de Mesquita Filho, sobre os problemas da instrução pública em São Paulo, trouxe uma série de recomendações e, dentre elas, a criação de uma universidade em São Paulo, assim descrita por Cunha (1986):

*A criação de uma universidade em São Paulo deve se orientar pelo ‘espírito universitário moderno’, integrando num sistema único, mas*

*sob a direção autônoma, as faculdades profissionais (medicina, engenharia, direito), os institutos de especialização (farmácia, odontologia) e os institutos de altos estudos (faculdades de filosofia e letras, de ciências naturais e matemáticas, de educação, de ciências econômicas e sociais, etc). (Cunha, 1986: 225; destaque no original)*

A pesquisa repercutiu até o plano federal e Fernando de Azevedo foi convidado pelo Presidente Washington Luís para dirigir o Departamento de Instrução Pública do Distrito Federal, onde realizou profunda reforma dos ensinos primário e secundário.

A criação da USP foi precedida em um ano pela fundação da Escola Livre de Sociologia e Política de São Paulo, em maio de 1933. A derrota político-militar na insurreição de 1932 ligava-se à criação da escola, pelo manifesto dos fundadores, que tratava da ausência, no país, de uma elite dirigente cientificamente instruída. No ano seguinte foi nomeada pelo interventor de São Paulo, Armando Salles de Oliveira, uma comissão para o estudo da criação da Universidade de São Paulo, tendo Júlio de Mesquita Filho como liderança política e Fernando de Azevedo a liderança pedagógica (Cunha, 1986).

Anísio Teixeira foi um dos principais intelectuais ligados à ABE (Associação Brasileira de Educação), de cunho liberal elitista, e em função de cargos que ocupou no Estado da Bahia, teve oportunidade de visitar a Universidade de Columbia, onde lecionava John Dewey (Cunha, 1986). Este encontro teve grande influência sobre as idéias de Teixeira, pois Dewey representava a tradição do liberalismo “igualitarista”, próprio do sistema educacional americano, mas de cunho oposto dos ideais liberais elitistas da ABE. Anísio Teixeira tornou-se tradutor de Dewey no Brasil, propagando aqui suas idéias.

De 1932 a 1935, Teixeira ocupou a Diretoria de Educação do Distrito Federal e nesse período realizou mudanças no sistema educacional escolar da cidade do Rio de Janeiro. Em 1935 idealizou a Universidade do Distrito Federal, criada por decreto em abril do mesmo ano. Em linhas gerais, a preocupação com a autonomia dessa universidade foi muito grande, prevendo sua autonomia econômica e a eleição do reitor pelos organismos competentes da própria universidade, quando essa autonomia fosse realidade (Cunha, 1986). A participação dos estudantes no conselho universitário era

mais ampla e mais democrática. A universidade era composta de um instituto de educação, já existente, e das escolas de ciências; economia; direito; filosofia e letras; e instituto de artes. Foram previstos novos cursos complementares no ensino superior brasileiro, como administração e orientação escolares; auxiliares de medicina e técnicos de laboratório; diplomacia; estatística; serviço social; jornalismo e publicidade; biblioteconomia; arquivo e museus; cinema e arquitetura paisagística (Cunha, 1986).

Com relação às escolas médicas, durante os anos 50 o número de faculdades criadas aumentou e, a partir dos anos 60, esse processo sofreu um salto quantitativo, com uma característica importante: o predomínio de escolas isoladas e do setor privado e o desenvolvimento da prática médica tendo grande impacto na criação das novas escolas. A expansão do ensino médico no país, portanto, deve ser compreendida no contexto da expansão do ensino superior brasileiro, apresentada a seguir.

Desde os anos 30, após o declínio das atividades agro-exportadoras cafeeiras e a ascensão de atividades industriais, as classes médias passaram a ter um peso crescente na estrutura social e na vida política brasileira. Sua posição na estrutura de classes tendeu a melhorar e a maior participação na renda se deu por meio da competição por melhores empregos, ocupação de melhores cargos e funções exigidos pelo regime de industrialização, cabendo à escola fornecer essa capacitação técnica. Entre 1930 e 1960, foram criados mais de 300 estabelecimentos de ensino superior, com volume total de matrículas passando de 27.501, em 1935, para 155.781, em 1965 (Ribeiro, 1985).

Fernandes (1975) mostrou que a transição do modelo tradicional de ensino superior, formado por escolas autárquicas e isoladas, para o modelo universitário, ocorreu por renovações de fachada, pois as relações com a sociedade mantiveram-se ligadas aos interesses criados pelas profissões liberais e pelos círculos sociais conservadores. Referindo-se a uma estrutura universitária formada pela conglomeração de faculdades, Fernandes denominou o novo modelo de “*Universidade Conglomerada*” que, segundo o autor, deveria responder às mudanças de um mundo capitalista moderno que necessitava de novas técnicas de ensino e saber, em contraposição ao antigo modelo, que tinha a função de formar um bacharel apto a desenvolver várias atividades ligadas às

profissões liberais, às atividades de natureza burocrática ou política, preenchendo os papéis intelectuais correspondentes.

Com o golpe militar de 1964, acelerou-se o ritmo de desenvolvimento econômico, a partir de medidas de combate à inflação e reformas na economia. As primeiras medidas tomadas pelos militares, que enxergavam na política salarial e no gasto excessivo do governo as principais causas da inflação, tiveram sobre esta algum efeito, porém efeitos recessivos sobre a produção para consumo e investimentos. A partir da reforma fiscal, tributária e do sistema financeiro, com a criação de novas instituições e modalidades de operações, além da abolição da restrição de remessa de lucros ao exterior, promoveu-se nova explosão de crescimento, mais expressivo do que nos anos 50. O país passou por um período de expansão no poder de compra, facilitada por linhas de financiamento para construção civil e para aquisição de automóveis e outros bens de consumo. Foi o chamado “milagre econômico”, legitimando o regime militar pela expansão econômica, sob o ponto de vista quantitativo.

Nesse contexto, assistiu-se a grandes mudanças no mercado de trabalho, com demanda por trabalhadores qualificados não somente para a indústria, que se diversificava, mas para assumir cargos no sistema financeiro, no setor público e em empresas estatais, setores em forte expansão. Nos segmentos mais especializados os salários se elevaram, ocorrendo o oposto na base, trazendo mudança na estrutura salarial. O Brasil permaneceu um dos países da América Latina com os menores índices de aumento nas matrículas de ensino superior. Em 1965, a distribuição de matrículas no Brasil era de apenas 1,27% no ensino superior, contra 17,52% no ensino médio e 81,11% no ensino primário (Fernandes, 1975). Além do baixo índice de matrículas no terceiro grau em relação aos demais níveis de instrução, a distribuição das matrículas se concentrava nos extratos superiores das classes média e alta.

A enorme demanda por qualificação profissional, pela oportunidade de mobilidade social oferecida, foi atendida pela abertura de novas instituições de ensino e aumento nos cursos oferecidos. Esta expansão, nos anos 60, foi baseada no crescimento de instituições privadas, com abertura descontrolada de faculdades nas regiões mais ricas da federação, principalmente a sudeste. A lógica da abertura era a do mercado e o credenciamento das escolas realizado sem qualquer verificação da qualidade dos cursos

oferecidos. Enquanto em 1960 o Brasil tinha 130 instituições acadêmicas, ao final de 1969 passou a contar com 882 (Pereira<sup>2</sup>, citado por Ribeiro, 1985). O investimento federal no ensino superior público nesse período foi mínimo, coerente com a política de corte nos gastos sociais, além da questão política em relação às universidades, de onde provinham importantes vozes de oposição ao regime: a o movimento estudantil e de alguns influentes intelectuais. Nessa conjuntura deve ser compreendida a abertura de novas escolas médicas, pois em apenas cinco anos (de 1967 a 1972) o número de escolas médicas passou de 31 a 73 e o de estudantes de medicina dobrou, de 21.907 para 44.074 (Feuerwerker, 1998).

No final da década de 60, pressionado pela sociedade e pela necessidade de modernizar e adaptar a universidade aos novos rumos a serem tomados pela economia nacional, o governo instituiu um grupo de trabalho para promover a Reforma Universitária, mediante decreto de 02/07/1968. O movimento da reforma universitária vinha sendo proposto desde o final da década de 50 e reivindicava a integração da estrutura universitária, o aumento do número de vagas, além de denunciar a existência de elementos arcaicos, como a cátedra. A reforma universitária de 1968 propôs uma modernização do ensino superior, procurando adequá-lo às exigências educacionais e culturais da vida urbana e industrial. A herança do modelo de universidade francesa, que até então dominava as instituições superiores brasileiras, foi paulatinamente sendo substituída por um híbrido entre o modelo da universidade alemã, aliando ensino e pesquisa, com a maior flexibilidade do modelo norte-americano.

O regime de cátedra vitalícia foi extinto e em seu lugar foi implantado o departamento, definido como a unidade básica da universidade, congregando especialistas de uma mesma área de conhecimento ou de áreas afins. Com o intuito de reduzir custos e otimizar os recursos humanos e materiais, foi introduzido o ciclo básico para diversas carreiras, permitindo que disciplinas comuns a dois ou mais cursos fossem oferecidas por um único departamento. Com a reforma, houve também o fim da seriação dos cursos e as matrículas passaram a ser semestrais, pelo regime de créditos, permitindo certa “flexibilização” dos currículos. Esta flexibilização ficou restrita a algumas áreas do

---

<sup>2</sup> Pereira, L. *Capitalismo autônomo e associado: duas fases do Brasil contemporâneo*. Ed. Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1971.

conhecimento, pois o MEC houve por bem definir em lei o currículo mínimo dos cursos, estabelecendo as disciplinas obrigatórias e a carga horária mínima exigida, como foi o caso do curso de Medicina. A reforma universitária vinculou as atividades de ensino, pesquisa e extensão e propiciou a consolidação da pós-graduação como uma das tarefas centrais da universidade.

O sistema universitário moldado a partir da reforma universitária de 1968 permitiu inegáveis avanços no que se refere à pesquisa e à pós-graduação no país. O atendimento da educação superior para o contingente de alunos aptos ao nível de graduação, no entanto, foi uma promessa não atendida. O acesso ao ensino superior público continuou a se restringir às camadas médias altas e altas de renda, tendo em vista a queda da qualidade do ensino público nos níveis inicial e médio de ensino. A demanda pelo ensino superior das classes de renda inferior foi atendida, via de regra, por instituições privadas, responsáveis pelos maiores percentuais de matrículas desde então. As instituições públicas federais assistiram nas últimas décadas retroceder o investimento na manutenção de suas atividades, além das perdas salariais, responsáveis por diversas mobilizações da categoria docente, no período.

A partir de 1996, com a aprovação da nova LDB (Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional), todo o sistema educacional brasileiro vem sendo novamente reformulado. Como em 1968, a educação foi chamada a dar conta de um projeto político com vistas ao desenvolvimento nacional, agora sob a ótica das políticas neoliberais dos anos noventa. As universidades foram chamadas a flexibilizar o currículo dos seus cursos, com a extinção do currículo mínimo, e a adotar as diretrizes curriculares nacionais elaboradas pelo MEC para os cursos de graduação, onde foram definidas competências e habilidades profissionais a serem exigidas ao final dos cursos. Foram criadas novas modalidades de cursos – seqüenciais e à distância, a segunda destinada a ocupar espaço em novas mídias e à utilização de novas tecnologias de ensino. Foi autorizado o funcionamento de instituições de ensino voltadas exclusivamente à graduação, sem obrigatoriedade da realização de atividades de pós-graduação, pesquisa e extensão - os Centros Universitários. Esta medida foi responsável por nova explosão na abertura de escolas, de modo geral voltadas para atender rapidamente à demanda por novas profissões, especialmente em atividades ligadas ao

setor de serviços, o que mais cresceu na última década no país: hotelaria; turismo; publicidade e propaganda; análise de sistemas; comércio exterior; e comércio virtual, entre outros.

Segundo dados oficiais analisados por Sguissardi (2000), em 1998 o número de alunos matriculados em instituições de ensino superior no Brasil totalizava 2,125 milhões, assim distribuídos: 1.442.384 em instituições privadas (incluídos 121.155 das instituições municipais); 683.574 em instituições públicas (19,3% em federais e 12,9% em estaduais). Em termos percentuais, 67,8% do total de alunos estava matriculado em instituições privadas e 32,2% em instituições públicas. Em 1997 esses percentuais eram de 64% em instituições privadas e 36% em instituições públicas. A distribuição das instituições quanto à natureza (universidades, faculdades integradas, centros universitários e estabelecimentos isolados) e à dependência administrativa (federal, estadual, municipal, particular) em 1998, era a seguinte: de 973 instituições de ensino superior, 842 eram instituições privadas (86,5%) e 131 públicas (13,5%) (Sguissardi, 2000).

Como parte das políticas do Novo Plano Nacional de Educação, o MEC instituiu a avaliação das instituições e dos cursos, por meio do ENC (Exame Nacional de Cursos), o Provão, e das visitas de especialistas, com a promessa de fechar os cursos pior avaliados. Em 1999 foi realizado o primeiro ENC dos cursos de Medicina. Dias Sobrinho (1999) e Santos Filho (1999), em suas análises sobre o novo papel do Estado, dentro do marco das políticas neoliberais, e sua consequência sobre a educação, focalizaram a avaliação institucional como instrumento de legitimação e tecnologia de poder do governo em sua função de organizador das reformas em educação, relacionando-as com as grandes metas sociais e econômicas. Os impactos da LDB e do Novo Plano Nacional de Educação sobre o sistema educacional brasileiro fogem, no entanto, aos objetivos deste trabalho e foram analisados em profundidade por diversos autores. Para essas análises, ver Chauí (1999); Saviani (1999); Sguissardi (2000) e Catani & Oliveira (2000), dentre outros.

A Resolução nº 4, de 07/11/2001, do Conselho Nacional de Educação, homologada pelo MEC, instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das instituições

de ensino superior do país. A maioria das escolas médicas brasileiras participou amplamente das discussões dessas diretrizes, que foram aprovadas no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Petrópolis, no ano 2000. As diretrizes curriculares propostas para os cursos de medicina apontam para a formação terminal do médico generalista. Os objetivos estabelecidos no Artigo 3º preconizam: 1) postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; 2) orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças; 3) capacidade de compreensão, integração e aplicação dos conhecimentos básicos na prática profissional; 4) orientação para atuar em nível primário e secundário da atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde; 5) capacidade para mudar o primeiro atendimento das urgências e emergências; 6) capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; 7) capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho; 8) capacidade de atuação e eventual liderança na equipe de saúde.

### **Concepções divergentes da formação médica: uma questão secular.**

*O* desenvolvimento de novas abordagens na historiografia das ciências a partir da concepção “externalista”<sup>3</sup> e a re-conceituação desse campo de pesquisa, trouxeram para a história da medicina a possibilidade de leituras alternativas, divergentes das realizadas pelos próprios médicos, que têm por tradição a preocupação com a genealogia e a identidade cultural, apresentando o desenvolvimento da medicina como corolário do progresso e da razão humana e consagrando a imagem do profissional liberal.

---

<sup>3</sup> Ao contrário da corrente “internalista” da história das ciências, que concebe o desenvolvimento científico como uma sucessão de descobertas isoladas do meio social, a concepção “externalista” critica o conceito de desenvolvimento científico por acumulação, procurando apresentar a integridade histórica da ciência a partir de sua própria época, e não sob a perspectiva atual, levando em conta os condicionantes históricos, econômicos, filosóficos e sociais das descobertas científicas.

A produção da historiografia médica brasileira sempre apresentou os grandes vultos e as instituições. Na transição para o profissional moderno, em que a medicina perdeu cada vez mais a característica de medicina-sacerdócio para se tornar medicina-profissão (Schraiber, 2000), essa vertente historiográfica esgotou-se e não se reproduziu. Por outro lado, a ampliação do conjunto da documentação possibilitou a abertura de novas abordagens e o novo papel da historiografia médica retomou o diálogo das ciências humanas com a medicina, restabelecendo as conexões que a unem aos contextos sociais (Edler; Fonseca, 2000).

Com base em autores da atual historiografia médica brasileira, pode-se verificar que o campo médico no Brasil desenvolveu-se, no Império, coerente com as principais correntes filosóficas que fundaram, já naquele período, os princípios da nova ciência e da identidade do médico vinculada à identidade científica. Esta identidade foi buscada em todos os momentos em que surgiram embates sobre o campo do ensino médico no Brasil, formando o que se poderia chamar de paradigma, na acepção do termo segundo Kuhn<sup>4</sup>.

A história da medicina constitui-se em bom recurso para entender esse paradigma e como foi construído. Nesse sentido, pode-se distinguir dois “discursos” na historiografia tradicional da medicina brasileira, que a dividiu em um *período não científico* e um *período científico*. No período do Império, onde se encontrava implícita a “identidade científica”, a Corte era um local habitado de charlatães e curandeiros, com poucos médicos vindos da metrópole. Por outro lado, essa concepção não encontrava apoio na visão da população da colônia, onde os saberes médicos provinham de elementos populares, escravos, colonos e da medicina indígena. É necessário, portanto contextualizar essa concepção, pois essas medicinas sobrevivem ainda hoje.

A partir da vinda da Corte de D. João VI, a colônia adquiriu *status* de reino, com a constituição de instituições culturais (Biblioteca Nacional, Instituto Biológico, instituições médicas). Cada uma das reformas do ensino a partir de então, deve ser entendida pelo tipo de saber que procurava institucionalizar, pois nenhuma passagem se deu sem conflitos. A reforma de outubro de 1832, por exemplo, que passou

---

<sup>4</sup> Uma revisão das definições de Kuhn relacionando-as ao ensino médico será apresentada ao final do capítulo.

a denominar as escolas médicas por Faculdades, não ocorreu de forma linear. Periódicos da época reivindicavam reformas médicas e a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro realizou nos dois anos anteriores diversas reuniões para a elaboração do plano que resultou na lei da reforma (Lampert, 2002). Até esse período, as elites sociais formavam a clientela dos médicos e a prática não era voltada para as camadas pobres da população. Estas só passaram a ser atendidas nas enfermarias das Santas Casas de Misericórdia como meio de transmissão dos conhecimentos médicos ligados à medicina parisiense, tema que será tratado a seguir. O caráter privado da medicina brasileira é, portanto, secular.

A França e a Alemanha foram responsáveis por duas inovações que iriam revolucionar o saber médico nesse período: a medicina anatomoclínica e a medicina experimental. O “empirismo sensualista”, que caracterizou o movimento dos médicos reformadores na França pós-revolucionária, opunha-se às idéias dos sistemas médicos racionalistas do século XVIII, forjando nessa ocasião uma dicotomia entre racionalismo e empirismo, que teria longa tradição no pensamento médico dos séculos XIX e XX (Edler; Fonseca, 2001). O racionalismo era ligado às hipóteses apriorísticas e aos grandes sistemas unificados da patologia e da terapêutica. Ligado à observação, o empirismo compreendia uma atitude cética em relação ao conhecimento já estabelecido, *“na crença de que a observação direta dos sintomas nos pacientes, vinculada à observação da lesão patológica nos cadáveres, seria a instância cognitiva que transformaria a medicina”* (Edler; Fonseca, 2001: 8). Surgia a vertente sensualista francesa, da medicina clínica à beira do leito e emergiu a concepção da doença como lesão, com o diagnóstico no exame pós-morte.

Segundo os historiadores da medicina Edler & Fonseca (2001), a auscultação; a percussão; a patologia tissular; a instrução clínica sistemática e autópsia; o ceticismo clínico e a estatística foram os elementos da medicina francesa que se impuseram tanto no cenário acadêmico como no exercício profissional. A aplicação do estetoscópio tornou a medicina interna uma disciplina separada, tornando necessário o ensino individualizado junto ao leito do paciente, ao mesmo tempo em que revelou a inadequação do método anteriormente dominante. Uma vez que o manejo de certos instrumentos tornou-se essencial, o método de transmitir ensinamentos clínicos perdeu a

antiga passividade e, para proporcionar tal treinamento, foi necessário não apenas a “medicalização” do hospital, como uma série de mudanças sociais e técnicas, que levariam à convergência entre os saberes cirúrgico e clínico, em fins do século XVIII. Os hospitais, onde um grande número de pacientes poderia ser examinado sob supervisão, passaram a ser a principal fonte de conhecimentos sobre diagnóstico e terapêutica (Edler; Fonseca, 2001).

Em 1829 foi fundada a Sociedade Médica do Rio de Janeiro que em 1835, passou a ser órgão consultivo do Imperador para assuntos de medicina e saúde pública, denominada Academia Imperial de Medicina. A partir de 1885, passou a nova denominação, como Academia Nacional de Medicina (Lampert, 2002). Em 1835 a Academia Imperial era a grande trincheira do grupo de médicos pela medicina anatomoclínica e higiênica. As faculdades de medicina eram então vistas como locais de reprodução do conhecimento certificado e apenas as academias e sociedades de medicina tinham o privilégio da inovação, arbitragem e validação do conhecimento. A separação entre ensino e pesquisa somente foi superada pelo modelo alemão, que introduziu a noção de evolução progressiva de seus saberes e de suas técnicas (Edler; Fonseca, 2001). A entrada das disciplinas médicas experimentais na cena acadêmica brasileira foi marcada pela controvérsia entre os defensores da medicina anatomoclínica e os da medicina experimental. O novo modelo era a universidade implantada por Alexander Humboldt, em Berlim, com ensino associado à pesquisa e à busca desinteressada pela verdade. Estudos demonstraram, no entanto, que a pesquisa experimental no Brasil já se inseria em periódicos médicos não oficiais e na atividade de alguns grupos de médicos brasileiros, que pesquisavam patologias tropicais e profilaxia e terapêutica das graves doenças epidêmicas que surgiram nas cidades litorâneas, a partir da segunda metade do século XIX (Edler; Fonseca, 2002).

Os mesmos autores chamam atenção para o equívoco de interpretar a modernização do currículo médico no Brasil como obra da geração pós Oswaldo Cruz e

do impacto do Relatório Flexner, de 1910<sup>5</sup>. Para esses autores, é um engano pensar que havia um modelo clínico e que o Relatório Flexner introduziu as cadeiras básicas. Na verdade, os Estados Unidos foram o país que mais demorou a reformar a prática e o ensino médico, que já estava assim estruturado na Alemanha desde 1870. No Brasil, as Conferências Populares da Glória ou o “partido da Glória” como ficaram conhecidas, arregimentaram forças sociais suficientes para produzir uma reforma que deu novos estatutos às faculdades médicas do Império. No Rio de Janeiro a Reforma Sabóia, de 1882, resultou na construção de onze laboratórios e na transformação completa do currículo médico, segundo as idéias germânicas de ensino prático e livre. Na Bahia, Pacífico Pereira, representante do núcleo de pesquisadores em parasitologia médica, implementou reforma semelhante quando assumiu a direção da Faculdade (Edler; Fonseca, 2002). Nas palavras dos autores:

*Muito antes, portanto, da tardia reforma médica norte-americana, a elite médica brasileira, organizada em torno de periódicos como a Revista Médica do Rio de Janeiro (1873-1879), a Gazeta Médica da Bahia (1864-1915), o Progresso Médico (1876-1880) e União Médica (1881-1889), já aderira à crítica ao modelo institucional francês que, além de centralizador, separava a atividade de pesquisa prática do processo de formação médica. (Edler; Fonseca, 2002: 9)*

Em 1879, a Reforma Leôncio de Carvalho, ou lei do ensino livre, pois abriu as portas para a iniciativa particular, criou espaço para que o grupo médico organizado em torno da União Médica criasse, na Policlínica Geral do Rio de Janeiro, o mais importante núcleo de ensino e pesquisa da época, rompendo de fato com o monopólio oficial, mas não de direito, pois o diploma ainda continuou prerrogativa das duas únicas faculdades médicas oficiais. A autonomia das províncias veio com a

---

<sup>5</sup> O Relatório Flexner, publicado nos Estados Unidos em 1910, apresentou recomendações sobre a organização do ensino médico, resultantes de uma ampla avaliação das escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá. Após sua publicação houve o fechamento de mais da metade das escolas médicas americanas. As principais recomendações para o ensino médico propunham sólida formação nas ciências básicas; criação do ciclo básico; prática de ensino em hospitais; organização por departamentos; fim da seriação e introdução dos créditos. É um erro histórico, no entanto, creditar a Abraham Flexner a criação desse modelo, pois sua base era o bem sucedido modelo alemão de universidade de Humboldt, com ensino integrado à pesquisa, que o havia impressionado durante viagem a Alemanha (Flexner, 1972).

constituição republicana de 1891, e no mesmo ano a reforma do ensino superior, conhecida como Reforma Benjamim Constant, concedeu autonomia para que os constituintes definissem sua organização. A autonomia possibilitou a criação de faculdades médicas no Rio Grande do Sul, em 1898, e em São Paulo, em 1901, exemplo seguido por outras regiões (Edler; Fonseca, 2002).

Durante os períodos subseqüentes foram criadas entidades de classe e de ensino médico, segundo Lampert (2002). Em 1927 surgiu o primeiro sindicato médico brasileiro, no Rio de Janeiro, inspirado nas ideologias corporativistas da época. O CFM (Conselho Federal de Medicina) foi criado em 1945 por decreto-lei, que colocou em vigor o Código de Deontologia Médica, aprovado pelo IV Congresso Médico Sindicalista. Em 1951 foi criada a AMB (Associação Médica Brasileira), órgão importante para a união da classe médica e obtenção de uniformidade de ação. Os Conselhos Regionais de Medicina surgiram a partir de 1957.

A influência do ensino médico americano, baseado nas recomendações do Relatório Flexner, e os programas de financiamento externos, como os da Fundação Rockefeller, tiveram importante papel na estruturação curricular do ensino médico no Brasil a partir dos anos 30, com a inclusão de disciplinas, estímulo à pesquisa, ampliação do uso de técnicas, especialização e inserção hospitalar do ensino. Os profissionais formados, além de obterem uma formação com enfoque especializado, passaram a ser introduzidos com maior ênfase no sistema previdenciário, em ampliação no país (Ribeiro, 1985).

A princípio, o exercício liberal da profissão não foi modificado significativamente. O sistema previdenciário passou a realizar convênios diretamente com o médico, com atendimento em clínicas particulares. Posteriormente, o sistema criou unidades próprias de atendimento, contratando serviços médicos, iniciando dessa forma o trabalho médico assalariado (Ribeiro, 1985). Em 1944 foi implementado no Hospital das Clínicas de São Paulo o primeiro programa de Residência Médica, nas áreas de Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e no Serviço de Físico-Biológica Aplicada

(Sampaio<sup>6</sup>, citada por Feuerwerker, 1998). Em 1948, o Hospital dos Servidores do Estado, no Rio de Janeiro, implementou também um programa de Residência Médica.

A partir de 1948, com o Plano SALTE<sup>7</sup>, e com o crescimento da atuação de organismos externos no âmbito das políticas de saúde, como a OPAS, a Fundação Rockefeller e a Fundação Kellog, foram iniciadas discussões sobre a formação do médico generalista, com o objetivo de corrigir a assistência médica no interior do país e diminuir a preferência dos médicos pelas especialidades, de maior retorno financeiro. O plano ressaltava ainda os desajustes da formação do médico, cujo padrão não se articulava com as reais necessidades do meio brasileiro, desprovido de recursos avançados das modernas técnicas diagnósticas e de terapêutica, encontrados somente nas capitais (Ribeiro, 1985).

A formação generalista, portanto, já era enfatizada desde esse período como o objetivo primordial das escolas médicas e das políticas públicas. As transformações no mercado de trabalho médico e os avanços cada vez maiores dos recursos tecnológicos à disposição das especialidades, no entanto, fizeram com que esse objetivo ficasse cada vez mais distante da realidade praticada pelas instituições formadoras.

## **Os estudos e movimentos pela reforma do ensino médico a partir de 1950.**

A partir do final dos anos cinquenta e durante a década de 60, diversos estudos em educação médica surgiram na América Latina, oriundos de reuniões e seminários promovidos pela OPAS. O crescente interesse pelo assunto, com a continuidade da realização de reuniões dos países latino-americanos para discussão do ensino da medicina, deram origem a uma série de trabalhos coordenados por instituições

---

<sup>6</sup> Sampaio, Sílvia A.P. Residência médica no H.C.: 40 anos de história. In: *Estudos Fundap – Residência Médica*. São Paulo, 1984.

<sup>7</sup> O Plano SALTE, proposto em maio de 1947 no governo do General Dutra, foi um plano quinquenal criado diante da necessidade de coordenar os gastos públicos, abrangendo apenas investimentos. Entrou em dificuldades financeiras e foi abandonado em 1951.

como a OPAS, Fundação Rockefeller e Fundação Kellog, sobre a educação médica no continente.

As análises dessa época já apontavam os efeitos da intensificação do processo de desenvolvimento tecnológico na área médica, identificados como parte do movimento de capitalização do setor, iniciado na década anterior. Na mesma época, e como consequência da intensificação desse processo de capitalização, iniciou-se o desenvolvimento das especialidades médicas, com impacto imediato na organização do ensino de graduação, pela introdução nas grades curriculares de disciplinas de formação especializada (Feuerwerker, 1998).

Por influência do modelo “flexneriano”, as novas escolas médicas criadas na América Latina no pós-guerra se apoiavam em sólida base científica e na prática de investigação, como foram os casos da Universidad del Valle, na Colômbia e, no Brasil, da FMRP/USP (Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da USP). Na maioria das escolas foram criados nessa época departamentos de Medicina Preventiva e introduzidas nos currículos disciplinas de Medicina Preventiva e Social, além do surgimento das disciplinas de Medicina Comunitária e de Medicina Familiar.

A Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Medicina Familiar foram movimentos com orientações distintas, com origem nos Estados Unidos, e que chegaram à América Latina nos anos 50. Essa chegada tardia foi acompanhada de certa confusão conceitual e mistura de influências. Das três disciplinas, a Medicina Preventiva foi a que obteve maior repercussão, pela tentativa de propiciar, desde a graduação, a incorporação da prevenção e da promoção da saúde à prática médica, valorizando a relação entre social e coletivo e o processo saúde-doença. Os departamentos de Medicina Preventiva foram implantados generalizadamente, porém sem a introdução de modificações substanciais no conteúdo ou na orientação da prática médica.

Em 1970 foi publicado um estudo da OPAS sobre as características gerais da educação médica na América Latina, incluindo escolas brasileiras, coordenado pelo médico Juan César García<sup>8</sup>, um dos mais importantes teóricos da medicina social da América Latina e falecido precocemente na década de 80. Nesse estudo foram apontadas

---

<sup>8</sup> García, Juan César. *Características generales de la educación médica en la América Latina*. Washington: OPS/OMS, 1970.

duas tendências fundamentais na educação médica: nos países desenvolvidos, o efeito da explosão tecnológica; nos países em desenvolvimento, o conceito de que níveis melhores de saúde seriam essenciais para o desenvolvimento econômico e a necessidade de rever o papel dos profissionais de saúde.

O estudo coordenado por García apontou como os principais problemas das escolas médicas as rígidas estruturas administrativas e a divisão em departamentos, com reflexo nos planos de estudo e o saber em áreas estanques; a escassez de professores e de recursos materiais; o ensino fundamentalmente teórico, com transmissão vertical de conhecimentos; a inadequada comunicação entre docentes e alunos; o número de candidatos muito acima do número de vagas; a incorporação deficiente dos planos nacionais de saúde ao processo de formação dos profissionais de saúde; e a falta de coordenação entre instrumentos de formação e as necessidades da comunidade (Feuerwerker, 1998).

As recomendações desse estudo destacaram o planejamento da formação dos recursos humanos em saúde como parte importante dos planos nacionais de saúde. Para subsidiar essa recomendação, em 1974 foi publicado um estudo de atualização sobre as escolas médicas da região<sup>9</sup>, revelando novo aumento do número de escolas. Por essa época as escolas médicas já somavam 158 e 20.916 alunos. Desse total, 73 escolas encontravam-se no Brasil. Do total de estudantes, 72,3% pertencia ao Brasil, México e Argentina. Uma das conclusões desse estudo foi que o número e o tipo de médico formado nos diferentes países eram produto de decisões das próprias instituições de ensino, na maior parte independente dos planos nacionais de educação e de saúde, ao contrário das recomendações do estudo anterior (Feuerwerker, 1998).

No Brasil, em 1971, foi instituída pelo MEC a Comissão de Ensino Médico. A despeito de haver sido criada no auge do regime militar, esse órgão manifestava-se criticamente em relação à política implementada na formação médica. Os documentos da Comissão de Ensino Médico tornaram-se referência nas discussões sobre o tema, além de articular-se com a ABEM na promoção de eventos e debates sobre o

---

<sup>9</sup> Rodriguez, M.I. El estudiante de medicina – su distribución en las Américas, 1971-1972. *Educación Médica y Salud*, 8, 1974.

ensino. No primeiro documento<sup>10</sup>, onde foram analisadas as condições de funcionamento das escolas após o período de expansão, foi apontado um quadro bastante crítico. Alguns dos problemas encontrados foram corpo docente desqualificado; falta de estrutura para pesquisa, comprometendo o desenvolvimento das bases científicas do conhecimento médico; e falta de campo adequado de prática para estudantes na fase clínica.

Nesse período ocorreram algumas experiências inovadoras em universidades públicas, destacando-se o Curso Experimental de Medicina na Universidade de São Paulo; a reforma curricular do curso de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; as experiências dos cursos de Medicina da Universidade de Brasília, da Universidade Estadual Paulista em Botucatu e da Universidade Estadual de Campinas<sup>11</sup>. Algumas experiências não foram duradouras e as demais não conseguiram se estabelecer como referência, sucumbindo ao modelo hegemônico da educação médica, tendo a prática baseada no hospital-escola, o currículo fragmentado em função do processo de especialização e a utilização de metodologias de ensino tradicionais.

Em 1976 houve novas iniciativas, como as reuniões sobre Princípios Básicos para o Desenvolvimento da Educação Médica na América Latina e no Caribe, organizadas pela OPAS. Nessas reuniões foram discutidas as falhas na concretização dos objetivos de transformar as práticas de saúde e atenção médica, por meio da formação de profissionais teoricamente capacitados para produzir essas mudanças. Foram apontadas as seguintes limitações: manutenção da estrutura curricular inalterada, ainda que com mudanças de conteúdos e até de metodologias; contradições entre propostas inovadoras e a estrutura organizacional da universidade; entre o profissional que se desejava formar, o médico geral, e o caráter de especialistas da maioria dos professores; entre o desejo de formar médicos gerais e a tendência à especialização predominante na prática médica, estimulada pelos sistemas de atenção médica, entre outros aspectos. Alguns desses

---

<sup>10</sup> Ministério da Educação e Cultura. Documento nº 1 (1972). In: *Documentos do ensino médico*, 1989a.

<sup>11</sup> O currículo do Curso Experimental da USP trazia o conhecimento do corpo humano em sistemas (digestivo, circulatório, respiratório), ao invés do estudo individualizado dos órgãos em disciplinas. A reforma do curso de medicina da UFMG introduziu os Ambulatórios Gerais de Homens e Mulheres com o intuito de ensinar o diagnóstico e o tratamento das doenças mais prevalentes, utilizando interconsultas com especialistas, ao invés do ensino por especialidades.

limitantes serão encontrados quando da análise do desenvolvimento do currículo médico da FCM/UNICAMP, objeto dos capítulos IV e V deste trabalho.

As propostas consideradas mais relevantes no processo de mudança apresentavam o ensino integrado ao invés do ensino por disciplinas; metodologias ativas de ensino; ensino multiprofissional e ensino extra-muros, em substituição ao modelo baseado no hospital-escola. Sobre a formação médica, as conclusões das reuniões apontavam para a prática profissional e a estrutura de prestação de serviços como fatores determinantes na formação e utilização do médico e, por essas razões, propostas focadas apenas no processo de formação não seriam suficientes para produzir as transformações desejadas.

Outro importante estudo, também realizado com apoio da OPAS, foi o trabalho de Jorge Andrade, intitulado “Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina”, de 1978. Esse trabalho analisou publicações e tendências do ensino médico no período de 1950 a 1975 e, segundo suas conclusões, tanto a análise como o trabalho de criação das escolas médicas, foram realizados sem a explicitação de sua fundamentação teórica ou o modelo de realidade no qual se sustentavam, o mesmo se passando com as propostas de mudança. A partir desse trabalho, as relações da prática médica com a educação médica ficaram mais claramente estabelecidas.

As hipóteses do trabalho de Andrade foram as seguintes (Feuerwerker, 1998):

- O marco conceitual da educação médica se encontraria no centro de uma complexa rede de relações, resultando da interação de elementos como a estrutura social e econômica, estrutura da prática médica, relações internas do processo de produção de médicos e a ideologia predominante no nível profissional.
- A organização dos conteúdos curriculares e a natureza das experiências de aprendizagem contribuiriam para a formação do marco conceitual da educação médica, de forma tão ou mais importante do que a transmissão oral de conceitos.
- A existência de interação da maneira de se relacionar e de trabalhar professores e alunos e o marco conceitual. Essas relações seriam

variáveis em função de mudanças na sociedade, manifestas por meio de mudanças na prática médica e na atenção à saúde, e nas variações no número e procedência social dos estudantes.

- A percepção, por parte dos alunos, consciente ou inconscientemente, dos paradigmas implícitos na prática de seus professores e dos profissionais de saúde, adotando-os ou rechaçando-os pelo fato de reforçarem ou entrarem em conflito com o restante da estrutura e com o papel que desempenham ou nela esperam desempenhar.

O reconhecimento da inter-relação da estrutura assistencial com a prática médica e com a educação médica, no final dos anos setenta e início dos oitenta, levou à procura pelo fortalecimento das oportunidades de integração dos serviços e escolas médicas pelos agentes interessados, agências de fomento e governos. No Brasil, como também na América Latina, a iniciativa mais complexa nesse sentido foi a IDA (Integração Docente-Assistencial). A IDA foi uma tentativa de promover a vinculação entre as instituições de ensino e as instituições prestadoras de serviço na área de saúde, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde e orientar a produção de conhecimentos e treinamento, de acordo com as características epidemiológicas de uma dada população. Esperava-se que esse processo provocasse mudanças profundas no currículo das escolas, mas isso não foi verificado, resultando em poucas mudanças no ensino das profissões de saúde, no papel que as universidades assumem na educação permanente dos profissionais da área e na relação entre hospitais universitários, escolas médicas e rede de serviços de saúde (Feuerwerker, 1998).

A partir da metade da década de oitenta intensificaram-se iniciativas de estímulo e apoio à reformulação do ensino médico em âmbito internacional, com os preparativos para a Conferência Mundial de Educação Médica, marcada para 1988, em Edimburgo, e promovida pela Federação Mundial de Educação Médica. Tendo o lema da Organização Mundial de Saúde “Saúde para todos no ano 2000” em perspectiva, a Conferência propunha que as escolas médicas definissem “*como preparar os profissionais de saúde para o papel a ser desempenhado em um sistema de cuidados de saúde em transformação*” (Feuerwerker, 1998: 73-4).

A Conferência de Edimburgo contou com participantes selecionados em todas as regiões do mundo pela Federação Mundial para a Educação Médica, com base nos processos regionais de discussão. No Brasil, os pontos de debate foram transformados em tema do congresso anual da ABEM. Os pontos mais importantes das respostas da região das Américas foram os seguintes (Feuerwerker, 1998):

- Necessidade de redefinir os programas de formação médica. As condições de prática da medicina estavam sendo modificadas pelo progresso científico e tecnológico, pelas mudanças sociais e institucionais, bem como por necessidades da população, tornando indispensáveis reformas na educação médica.
- Influência da definição da assistência primária à saúde como base estratégica para alcançar saúde para todos no ano 2000, levando a reformulações políticas e técnicas com o objetivo de reorganizar a prestação de serviços de saúde.
- Para atingir o objetivo de valorização de assistência primária seria fundamental promover mudanças curriculares. No entanto, existiam divergências sobre esse tema, pois que alguns consideravam o enfoque na atenção primária contrário à qualidade científica da educação médica.
- Necessidade de a educação médica estar relacionada às necessidades de saúde da população, perfis de morbidade e mortalidade e perfil profissional, com o conteúdo e a metodologia de ensino.

Em relação às estratégias educacionais:

- Necessidade de se definir outras prioridades educacionais, em um cenário de transformações.
- Necessidade de mudanças nas metodologias de ensino-aprendizagem.
- Treinamento em serviço e oportunidades de aprendizagem ativa, desde os primeiros anos do curso.
- Equilíbrio entre atividades de ensino-aprendizagem, dentro e fora de hospitais, buscando aquisição de conhecimento nos diferentes níveis do sistema de saúde.

A Declaração de Edimburgo teve forte impacto sobre os debates na educação médica porque representou esforço de sistematização e articulação de um projeto de mudança. As principais reformas curriculares dos cursos de medicina no Brasil foram iniciadas a partir de sua realização e por ela foram impulsionadas e claramente influenciadas.

### **Problemas conceituais das propostas de mudanças na educação médica e a constituição do paradigma de ensino médico.**

*Feuerwerker* (1998) identificou alguns problemas conceituais das propostas de mudanças na educação médica no Brasil, desde a década de 70 até o final da década de 80, que por não terem sido contemplados teoricamente, segundo a autora acabaram por determinar o insucesso das mudanças curriculares, sendo resumidos a seguir.

#### Conseqüências da capitalização do setor saúde na educação médica

Com a crescente introdução da tecnologia e do processo de especialização, duas vertentes surgiram com críticas a esse modelo. A primeira vertente refletia a posição dos médicos inseridos no exercício liberal da profissão, defensores da medicina tradicional e da soberania da clínica em qualquer processo diagnóstico. Estes questionavam a deterioração da relação médico-paciente imposta por essas modificações tecnológicas, com perda da autonomia médica. A segunda vertente, mais crítica, preocupava-se com a exclusão de parte significativa da população em relação aos serviços de saúde e identificava a fragmentação do conhecimento e a excessiva especialização como fatores limitantes à formação de profissionais adequados às necessidades da maioria da população. Parte da primeira vertente rapidamente adaptou-se às novas circunstâncias da prática médica.

A maior parte dos professores tradicionais e bem sucedidos profissionalmente em consultórios particulares manteve a possibilidade de uma prática liberal e acabou tomando a dianteira na introdução das especialidades e na incorporação

tecnológica no ensino de graduação. Além disso, tampouco se manifestou nos fóruns de discussão de educação médica. Outra parte tentou recompor o ato médico por meio de propostas que buscassem o estado global de saúde, procurando influenciar a escola médica a fornecer uma formação holística, pela incorporação de novos conhecimentos, como as ciências do comportamento e as ciências sociais. O primeiro problema das propostas de mudança foi, portanto, a dificuldade em perceber como se traduzia, no campo da educação médica, diversos elementos críticos da prática médica e da organização dos serviços de saúde, não sendo claramente identificadas as conseqüências desses problemas e sem avanço na elaboração de propostas e caminhos alternativos no ensino médico.

#### Formação geral do médico e o médico generalista

A proposta de formação do médico generalista sempre gerou resistências, tanto no corpo docente como entre alunos, porque trazia implícita uma série de conceitos e preconceitos. Essa proposta era entendida como uma polarização entre o conceito do médico especialista, consumidor de tecnologia, e o assalariado, generalista, que realizava a atenção à saúde com baixo emprego de tecnologia. Considerava-se também que os países em desenvolvimento deveriam dar prioridade à formação do médico geral ou generalista, voltado à atenção primária, sendo identificada como mais adequada a países do terceiro-mundo ou “terceiro-mundista”.

Desse modo, a proposta de médico geral, dentro das escolas médicas, sempre foi encarada como comprometedora da tão almejada “formação científica do médico”, não se estabelecendo uma distinção entre a importância da formação geral do médico na graduação e a formação do médico geral ou generalista. Perdeu-se toda a análise crítica a respeito da fragmentação do conhecimento nas escolas e da introdução de especialidades na graduação, em meio a uma discussão ideológica a respeito do médico a ser formado. Na verdade, a formação do médico generalista sempre foi considerada muito difícil de ser alcançada, e para tanto haveria que se estender o curso para além dos seis anos regulamentares.

Saúde coletiva e o processo de formação de recursos humanos em saúde

O predomínio de concepções que pretendiam produzir mudanças na prática médica com base em mudanças educacionais deu lugar a discussões e idéias de que as mudanças no ensino médico só se viabilizariam com mudanças na estrutura dos serviços de saúde. Um novo plano nacional de saúde foi projetado, culminando com o Sistema Único de Saúde. A partir da metade da década de oitenta, a corrente vinculada à medicina social praticamente abandonou o cenário da educação médica e passou a ter papel destacado no movimento da Reforma Sanitária, que procurou questionar profundamente o modelo assistencial vigente no país, propondo um novo modo de abordar o processo saúde-doença, inserido em sua causalidade social.

Esses movimentos, no entanto, não foram capazes de produzir definições satisfatórias acerca do perfil e das características desejáveis do médico a ser formado. Sem a perspectiva de transformar o perfil do médico na graduação, passaram a ser oferecidos cursos de Residência Médica em áreas de Medicina Social, Medicina Preventiva, Medicina Geral e Comunitária e cursos de especialização em Saúde Pública, o que significou na prática restringir a um número reduzido de profissionais médicos a formação voltada à saúde coletiva. A indefinição em relação ao estabelecimento do perfil profissional adequado às necessidades e às relações entre saúde coletiva e processo de formação de todos os profissionais de saúde constituiu o terceiro problema conceitual identificado por Feuerwerker (1998).

Determinantes entre mercado de trabalho, prática e educação médica

A importância de se trabalhar por transformações dentro das escolas médicas foi subestimada, preferindo-se agir na organização dos serviços de saúde e da prática assistencial. Essa opção refletia o entendimento de que a organização da prática médica teria maior poder de determinação sobre a formação de recursos humanos nas escolas médicas. No entanto, como afirma Feuerwerker (1998), no processo de mudança na saúde é necessário buscar influir na formação dos profissionais durante todas as oportunidades, criando pontos de contato e possibilidades de discussão com o maior número possível de médicos, criando massa crítica que possa atuar nos dois terrenos: a educação e a prática médica.

Na história dos movimentos por mudanças na saúde durante o período do regime militar no Brasil, por exemplo, os grupos de oposição ao regime dispuseram de relativo espaço de liberdade nos fóruns universitários e científicos, como as reuniões anuais da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, que se transformaram em um dos principais, senão o único, evento de maciça participação pública. A partir do processo de redemocratização o terreno da educação passou a ser abandonado, sem a percepção de que a formação profissional inalterada inviabilizaria a implementação das mudanças pretendidas na prática assistencial.

#### Problemas pedagógicos - metodologias e conteúdos

O tradicionalismo das instituições médicas sempre colaborou para a existência de dificuldades na aceitação e incorporação de concepções pedagógicas mais modernas e no estabelecimento de relações mais democráticas entre professores e alunos. Houve confusão entre o conteúdo democrático das propostas e o conteúdo do aprendizado. Houve também e ainda persiste, confusão entre metodologias ativas de aprendizagem, desenvolvimento de espírito crítico e método científico.

A aprendizagem por metodologias tradicionais não se vincula necessariamente à falta de método científico. A insuficiência da abordagem dos problemas propriamente pedagógicos da educação médica é ainda um dos principais problemas conceituais, contribuindo em grande escala para o insucesso das reformas curriculares nos cursos de medicina, segundo Feuerwerker (1998).

#### O método científico e a medicina

Vinculado ao problema anterior, o papel da ciência e do método científico na formação do médico sempre gerou discussões e impasses. Com base no Relatório Flexner, de 1910, a Medicina passou a ser entendida como ciência, da mesma forma como a Biologia, a Física e a Química e, conseqüentemente, a prática médica seria a aplicação e produto dessa ciência e o raciocínio clínico, o seu método próprio.

A investigação científica foi o instrumento fundamental na passagem da medicina empírica para a medicina científica e a educação médica passou então a ser vista como processo de capacitação no método científico e a articulação entre prática

clínica e pesquisa laboratorial, essencial nesse processo. A medicina existiria em primeiro lugar porque as pessoas se sentem doentes e somente secundariamente como instrumento para conhecer a doença. Não foi através do método objetivo, portanto, que se definiu como patológico determinado fenômeno biológico. Foi a relação com o indivíduo doente, por meio da clínica, que justificou a qualificação do patológico. Foram as doenças que deram origem à fisiologia (parte da biologia que estuda as funções orgânicas, processos ou atividades vitais) e não foi a fisiologia, mas sim a patologia e a clínica que deram início à medicina (Feuerwerker, 1998).

Para tornar o ensino/aprendizagem das ciências básicas mais interessante e pedagogicamente eficaz, seria então necessário sua articulação com a patologia e a clínica, ou seja, com a doença e, se possível, com o doente, promovendo uma dinâmica na aprendizagem que procurasse recuperar o caminho histórico da construção do conhecimento científico nessa área. Ainda persistem dificuldades no estabelecimento de conexões da prática clínica com a utilização da metodologia científica, o que poderia supor questões não respondidas na relação entre Ciência e Medicina. Seria esta, de fato, uma ciência? Em que medida a prática médica seria científica, em que medida seria técnica? As dificuldades na articulação das disciplinas básicas e clínicas, a distinção no processo de aprendizagem da metodologia científica e do raciocínio clínico, correspondem a problemas epistemológicos ainda não claramente respondidos, segundo Feuerwerker (1998).

As deficiências que caracterizaram o ensino médico no Brasil nos últimos trinta anos confundem-se com a crise do sistema de saúde. Nos estudos, discussões e avaliações sobre o ensino médico pode-se identificar dois elementos da crise:

1) O projeto social de medicina, direcionado para resolução dos problemas de saúde da população, já não alcança esse objetivo, e nesse sentido a crise não é só brasileira. Outros fatores estão relacionados: a entrada da tecnologia, a crescente especialização, capitalização e segmentação da medicina.

2) O outro lado da crise é de representação do médico: o “ideal” do médico como profissional liberal, a identidade do médico vinculada à identidade científica.

Poder-se-ia falar em crise de paradigma para qualificar a crise do ensino médico? Poder-se-ia falar na existência de um paradigma de ensino dessa área? Examinando o conceito de paradigma, segundo Kuhn (1978), acredito que essas questões possam ser discutidas a partir da observação das principais hipóteses desse autor a respeito da crise dos paradigmas.

A ciência normal foi definida por Kuhn como a pesquisa firmemente baseada em uma ou mais realizações científicas passadas, reconhecidas e compartilhadas durante algum tempo por uma comunidade científica, por proporcionar os fundamentos para sua prática posterior. O paradigma seria um conjunto de realizações que reúnem as características de, em primeiro lugar, serem suficientemente sem precedentes para atrair um grupo duradouro de partidários, afastando-os de outras formas de atividade científica que não sejam similares e, segundo, serem suficientemente abertas para deixar vasto campo de problemas para serem resolvidos pelo grupo de praticantes da nova ciência. A vigência de um paradigma é tida como um período fértil e sinal de maturidade da ciência, demarcando a ciência da não ciência. Todas essas definições se aplicam ao desenvolvimento das ciências, podendo-se incluir a medicina de base científica, o que configuraria o paradigma médico, ainda que a medicina seja entendida não como ciência, mas como uma aplicação de outras ciências. A medicina apoiada numa idéia de ciência tornou-se o paradigma da formação médica e esta transformação se deu por uma mudança de mentalidade, de paradigma.

As anomalias foram definidas por Kuhn como problemas que resistem a uma solução e são sérias quando questionam os fundamentos do paradigma (grifo meu). A resistência surge com a certeza de que o antigo paradigma acabará por solucionar os problemas. As anomalias graves instalam a crise, abrindo a perspectiva de disputa entre o novo e o antigo paradigma, podendo surgir um paradigma rival. A transição entre paradigmas em competição não poderia ser feita passo a passo por imposições da lógica e de experiências neutras. O novo paradigma deveria ser capaz de solucionar um problema e garantir a preservação de parte da capacidade objetiva de resolução de problemas dos paradigmas anteriores. Para Kuhn, repudiar o velho e assumir o novo “*é uma experiência de conversão e persuasão*”. A decisão deveria basear-se mais nas

promessas futuras do que nas realizações passadas, pois um dos pontos mais importantes da teoria é que os paradigmas novo e antigo são incomensuráveis.

Por fim, as crises podem terminar de três maneiras: a ciência normal resolve a anomalia; os cientistas concluem que não há solução no estado atual e a postergam para as gerações futuras; surge a possibilidade de um novo paradigma.

A existência de uma racionalidade médica, determinada historicamente, transmitida no ensino por intermédio do currículo escrito e do currículo oculto; por códigos de conduta; pelas representações sociais das profissões liberais e pela formação da identidade médica, derivada do paradigma da medicina, configura o paradigma do ensino médico. O modo de transmissão dessa racionalidade manteve-se praticamente inalterada ao longo do século XX e, aliada às descobertas científicas na área biomédica, reforçou a crença no paradigma. Outro fator de fortalecimento dos paradigmas, porém pouco abordado por Kuhn em sua obra, é a relação entre ciência e poder. A questão do poder que envolveu o nascimento da clínica e da prática médica, por exemplo, foi apontada por Michel Foucault em diversos trabalhos, em especial “Microfísica do Poder”.

O paradigma médico da era moderna, baseado em sólida formação científica (naturalmente dentro dos marcos do que se considera ciência nessa área), na especialização e na utilização cada vez maior de tecnologia, continua amplamente operante e compartilhado pela comunidade científica que conforma a medicina, pela comunidade docente e discente, e pela própria sociedade a quem se destinam seus serviços, definindo juntos como deve ser o ensino médico.

As discussões de ensino médico, realizadas nos congressos nacionais e internacionais de educação médica a partir dos anos 90, ajudaram a promover visões alternativas de ensino e muitas propostas de mudança. A grande maioria das reformas curriculares recentemente implementadas nos cursos de medicina no Brasil teve na mudança da metodologia e dos cenários de ensino seus principais fundamentos. As faculdades adotaram metodologias de ensino mais ativas por parte do aluno, como a Aprendizagem Baseada em Problemas, e a diversificação dos cenários de ensino, antecipando a vivência dos estudantes na atenção primária, em postos de saúde e em projetos de medicina familiar e comunitária. Por não implicarem em sérios

questionamentos a respeito dos fundamentos do paradigma operante, essas proposições seriam ainda insuficientes para configurarem um novo paradigma. Seria como se as anomalias tivessem surgido, resistindo a uma solução, mas tivessem sido insuficientes ou incapazes de questionar os próprios fundamentos do paradigma, restringindo-se a questionar *como* chegar a determinada formação médica, sem questionar os determinantes históricos, políticos, econômicos, sociais e culturais que culminaram nessa formação e não em outra. Questionar os fundamentos do paradigma da formação médica levará a questionar os fundamentos do próprio currículo, o que será abordado no próximo capítulo.

***REFERENCIAL TEÓRICO  
E METODOLÓGICO DA PESQUISA***



## **Origens do campo de estudo do currículo e sua re-conceituação.**

A maioria dos estudos sobre currículo apontou a origem desse campo nos Estados Unidos da segunda década do século XX, em função da intensificação da educação de massa que acompanhou o processo de industrialização e urbanização naquele país (Moreira, 1995; Goodson, 1995; Moreira; Silva, 1995; Silva, 2000). A primeira publicação nesse campo, “The curriculum”, de Bobbitt, de 1918, apresentava a fábrica como modelo institucional do currículo escolar e sua inspiração teórica a administração científica do taylorismo. No esquema de Bobbitt, o processo educacional assemelhava-se ao “input” e “output” fabril, com objetivos, métodos e procedimentos especificados e resultados que pudessem ser mensurados.

Nessa perspectiva, a principal questão do currículo era sua organização e o conceito central o de desenvolvimento curricular. O estabelecimento de padrões também era fundamental, visto por Bobbitt como um “*processo de moldagem*” (Silva, 2000: 21). Goodson afirmou que “*particularmente, sob a influência americana (...) a ênfase foi posta na apresentação de formas racionais e científicas de projeto e implementação curriculares*” (Goodson, 1995: 48). Esse sistema acarretava a aceitação da ordem industrial e o interesse em que as escolas refletissem aquela ordem, fazendo da adequação do indivíduo à economia a principal função da escola (Lazerson<sup>1</sup>, citado por Apple, 1982).

Em 1949, com a publicação de Ralph Tyler, “Princípios Básicos de Currículo e Ensino”, consolidou-se o modelo proposto em 1918 por Bobbitt, dominando esse campo até o final da década de 80. Para Tyler, quatro questões básicas deveriam ser respondidas pelo desenvolvimento do currículo:

*... 1. que objetivos educacionais deve a escola procurar atingir?; 2. que experiências educacionais podem ser oferecidas que tenham probabilidade de alcançar esses propósitos?; 3. como organizar eficientemente essas experiências educacionais?; 4. como podemos ter a certeza de que esses objetivos estão a ser alcançados? (Silva, 2000: 22)*

---

<sup>1</sup> Lazerson, M. *Origins of the urban school*. Cambridge, Harvard University Press, 1971, p. xv.

Num estudo sobre a teoria da transferência curricular americana para o Brasil, Moreira (1995) mostrou, no entanto, que na concepção de currículo de Tyler, para além da seqüência e dos procedimentos de planejamento, organização e avaliação do currículo, associados à idéia de um interesse em controle técnico, encontrava-se também a preocupação com as necessidades e os interesses do aluno na seleção de objetivos educacionais, associando esse autor a idéias mais progressistas (Moreira, 1995: 61).

A perspectiva tecnicista e fiscalizadora do currículo, contudo, permeou as ações dos gestores da educação nos Estados Unidos e dessa forma chegou a países como o Brasil, significando a transferência e reprodução de modelos e esquemas provenientes daquele contexto, que obedeciam a outros pressupostos e necessidades. Por outro lado, Moreira (1995) questiona também a teoria da transferência educacional, por considerá-la uma visão simplista, que reduz esse fenômeno a mero instrumento de controle e dominação, mostrando que, no caso do pensamento curricular brasileiro, houve adaptações do modelo técnico americano e, nos anos 80, a negação e/ou adaptação crítica desse modelo. No campo do ensino médio, no entanto, praticamente não há publicações sobre o assunto, podendo-se inferir que tenha predominado o modelo associado à idéia de controle técnico (Fraga Filho; Rosa, 1979).

Somente a partir da década de 70 o campo de estudo do currículo viria a ser questionado por autores das mais diversas tendências filosóficas, destacando-se Louis Althusser; Pierre Bourdieu e Jean-Claude Passeron; Jean Claude Forquim; Michael Young; Michael Apple; e Henry Giroux, que passaram a formular teorias críticas do currículo. No Brasil foi notável a obra de Paulo Freire, no entanto, em virtude de seu exílio durante o regime militar, somente nos anos de redemocratização sua obra passou a ter maior influência nos estudos de currículo no país.

De que forma essas teorias críticas abordaram os fundamentos educacionais do currículo? Pode-se dizer que elas inverteram esses fundamentos, questionando a ideologia subjacente aos objetivos a serem alcançados pelo currículo. A teoria tradicional tomava o *status quo* como a referência e o objetivo a ser alcançado, ocupando-se, portanto das formas de organização e elaboração do currículo, restringindo-se à atividade técnica de *como fazer* o currículo. As teorias críticas, por seu

lado, questionaram precisamente por onde se inicia o currículo, responsabilizando o *status quo* pelas desigualdades sociais, denunciando e/ou problematizando o que a escola *faz*, por intermédio do currículo (Silva, 2000).

O ensaio de Althusser, “A ideologia e os Aparelhos Ideológicos de Estado”, de 1970, apresentou a base para as críticas marxistas na educação, mostrando a interação da educação com a ideologia hegemônica, na manutenção da sociedade capitalista por meio da reprodução do aparato econômico (força de trabalho, meios de produção) e do aparato ideológico, entre estes a religião, a escola, a família e os meios de comunicação. A escola é central nessa análise, pois atinge praticamente toda a população por um período prolongado de tempo.

A transmissão da ideologia pela escola, para Althusser, se dá por meio do currículo, pela seleção de conteúdos mais apropriados às diferentes classes sociais e, sobretudo pela transmissão, por meio das matérias escolares, de crenças que apresentam os arranjos sociais existentes como bons e desejáveis.

Apple é o autor mais claramente identificado com o início de uma crítica neomarxista às teorias tradicionais do currículo e ao seu papel ideológico. Os trabalhos de Althusser e Bourdieu estabeleceram as bases de uma crítica radical da educação liberal, porém sem tomar como centro do seu questionamento o currículo e o conhecimento escolar.

Tomando como ponto de partida os elementos centrais da crítica marxista da sociedade e da dinâmica da sociedade capitalista em torno da dominação de classe, Apple apontou o vínculo entre reprodução cultural e reprodução social, mostrando a relação da forma como a economia está organizada e a forma como o currículo está organizado. Essa ligação não seria de determinação simples e direta e aí reside a diferença de sua abordagem. Em seu primeiro livro, “Ideologia e Currículo”, de 1979, já havia a preocupação em evitar uma concepção mecanicista e determinista dos vínculos entre produção e educação. Apple procurou complementar a análise econômica com uma abordagem que se apoiava solidamente em uma orientação cultural e ideológica, para entender as formas complexas em que as tensões e contradições sociais, econômicas e políticas, são *mediadas* nas práticas concretas dos educadores. O vínculo entre estruturas econômicas e sociais e educação e currículo é mediado por processos

que ocorrem e são ativamente produzidos no próprio terreno da educação e do currículo. Este vínculo é mediado pela ação humana e não poderia ser simplesmente deduzido do funcionamento da economia (Silva, 2000).

Apple recorreu ao conceito de hegemonia de Gramsci para focar as mediações ideológicas e culturais existentes entre as condições materiais de uma sociedade classista e a formação da consciência dos indivíduos nessa mesma sociedade. Segundo Silva (2000):

*É o conceito de hegemonia que permite ver o campo social como um campo contestado, como um campo onde os grupos dominantes se vêem obrigados a recorrer a um esforço permanente de convencimento ideológico para manter a sua dominação. É precisamente através desse esforço de convencimento que a dominação econômica se transforma em hegemonia cultural. Esse convencimento atinge a sua máxima eficácia quando se transforma em senso comum, quando se naturaliza. (Silva, 2000: 46)*

*Assim, podemos agora começar a adquirir uma compreensão mais completa do modo como instituições de preservação e distribuição cultural, como as escolas, produzem e reproduzem formas de consciência, permitindo a manutenção do controle social sem que os grupos dominantes tenham que recorrer a mecanismos declarados de dominação. (Dale<sup>2</sup>, citado por Apple, 1982: 12)*

A maneira concreta como o conhecimento oficial pode representar configurações ideológicas dos interesses dominantes numa sociedade se dá pela organização e seleção do conteúdo feitos pela escola e, para Apple, são opções sociais e ideológicas conscientes e inconscientes. No sentido de desvendar se a organização e a seleção da cultura e das pessoas contribuem para uma distribuição mais equitativa do poder e dos recursos econômicos ou se, ao contrário, mantêm as desigualdades existentes, Apple afirmou que, qualquer que seja a resposta, para entender como as escolas realizam isso, é essencial compreender como as regularidades diárias de ensino e aprendizagem produzem esses resultados e verificar as origens e os conflitos históricos que fizeram com que essas instituições fossem o que são hoje. Vincular o processo de

---

<sup>2</sup> Dale, R. et al. *Schooling and capitalism: a sociological reader*. London, Routledge & Kegan Paul, 1976, p. 3.

distribuição cultural às questões de poder e controle fora da escola traz os fatores políticos e econômicos ao centro da pesquisa educacional (Apple, 1982: 29-31).

A ação básica indicada pelas idéias dos autores da Nova Sociologia da Educação, em especial Michael Apple, implica “*problematizar as formas de currículo encontradas nas escolas, de maneira que se possa desmascarar seu conteúdo ideológico latente*” (Apple, 1982: 16-7). Além de formular as questões “*a quem pertence este conhecimento?*”, “*quem o selecionou?*”, “*por que é organizado e transmitido desta forma?*”, é também necessário que se busque vincular essas indagações “*a concepções diversas de poder social e econômico e de ideologias para se ter uma apreciação mais concreta das ligações entre o poder econômico e político e o conhecimento que é tornado acessível (e o que não é tornado acessível) aos estudantes*” (Apple, 1982: 17; destaques no original).

A contribuição de Giroux à análise crítica do currículo ocorreu a partir dos anos 80 e foi o autor que mais se aproximou das idéias da chamada Escola de Frankfurt, por utilizar-se em sua teoria de conceitos desenvolvidos por Horkheimer e Adorno. Essa escola de pensamento originou-se de um grupo de intelectuais alemães marxistas não ortodoxos que se propunha, entre outros aspectos, a revitalizar o materialismo dialético, denunciar o caráter de exploração do capitalismo e questionar a instrumentalização da razão. As principais idéias desta teoria foram lançadas na obra “*Teoria Tradicional e Teoria Crítica*”, de 1937, onde Horkheimer questionou o conceito de objetividade e de neutralidade científica no processo do conhecimento. Para ele, o raciocínio lógico-formal de Descartes não conseguiu captar a dinâmica histórica dos indivíduos e da sociedade, somente possível por meio do método dialético. Em outro texto, “*Dialética do Esclarecimento*”, partindo da análise de um artigo de Kant, Adorno e Horkheimer questionaram a direção em que a razão conduziu a humanidade. Para eles, a razão kantiana conduziu a um saber técnico e científico que produziu a alienação, a repressão e a dominação (Adorno; Horkheimer, 1985).

A análise de Giroux “*ataca a racionalidade técnica e utilitária, bem como o positivismo das perspectivas dominantes sobre o currículo*” (Silva, 2000: 51). Para ele, essas perspectivas deixaram de levar em consideração o caráter histórico, ético e político das ações humanas e sociais e particularmente do conhecimento. Ao apagarem

o caráter histórico e social do conhecimento, *“as teorias tradicionais sobre currículo e o próprio currículo, contribuem para a reprodução das desigualdades e das injustiças sociais”* (Silva, 2000: 52). Em *Teoria e Resistência em Educação*, de 1983, Giroux também procurou mostrar que *“existem mediações e ações no nível da escola e do currículo que podem trabalhar contra os desígnios do poder e do controle”*, devendo haver um lugar para a oposição, a resistência, para a rebelião e a subversão (Silva, 2000: 54).

Giroux acreditava ser possível *“canalizar o potencial de resistência demonstrado por estudantes e professores para desenvolver uma pedagogia e um currículo que tenham um conteúdo claramente político e que seja crítico das crenças e dos arranjos sociais dominantes”* (Silva, 2000: 54). Aqui surgiu novamente a influência das idéias dos teóricos de Frankfurt, pois compreendeu o currículo por meio dos conceitos de emancipação e libertação.

Ligados à primeira fase da Nova Sociologia da Educação iniciada na Inglaterra por Michael Young e outros, os estudos históricos do currículo surgiram como estratégia central no enquadramento teórico dessa corrente, por permitirem revelar a arbitrariedade dos processos de seleção e organização do conhecimento escolar e educacional. Dentre os autores que se dedicaram a esse propósito, o projeto investigativo de Ivor Goodson foi considerado o único a cumprir essa promessa, segundo análise de Tomaz Tadeu da Silva, na apresentação da obra organizada por ele, *“Currículo: Teoria e História”*, uma coletânea de ensaios e artigos de Goodson.

A história do currículo, para Goodson, deve nos ajudar a ver o conhecimento organizado no currículo não como elemento fixo, mas como construção ou artefato social e histórico, que se encontra naturalmente sujeito a mudanças, estando em constante fluxo e transformação. Além disso, uma análise histórica do currículo deve procurar interpretá-lo não como algo em permanente evolução e aperfeiçoamento, mas antes *“tentar captar as rupturas e disjunturas, surpreendendo, na história, não apenas aqueles pontos de continuidade e evolução, mas também as grandes discontinuidades e rupturas”* (Silva, in Goodson, 1995: 7).

Outro ponto central numa perspectiva histórica do currículo é não se deter na descrição estática do passado, mas explicar como o currículo veio a se tornar o que é,

qual a dinâmica social que resultou nessa forma e não em outra. Esta perspectiva nos leva ao ponto seguinte, o de que o processo de construção social do currículo não é neutro, isento, desinteressado, lógico, mas um terreno de disputas, conflitos simbólicos e culturais, necessidades de legitimação e controle. *“O currículo não é constituído de conhecimentos válidos, mas de conhecimentos considerados socialmente válidos”* (Silva, in Goodson, 1995: 8; destaque no original).

Visto dessa forma, o currículo passa a ser a forma acabada onde estão representados a visão e os interesses de diferentes grupos sociais e a educação institucionalizada *“(…) uma espécie de condensação do social em cima da qual os diferentes grupos sociais refletem e projetam suas visões e expectativas (...)”* (Silva, in Goodson, 1995: 9). O currículo expressaria a forma como certas questões são definidas como “problemas” sociais e aquilo que é considerado currículo num determinado momento, numa determinada sociedade *“(…) o resultado de um complexo processo no qual considerações epistemológicas puras ou deliberações sociais racionais e calculadas sobre conhecimento talvez não sejam nem mesmo as mais centrais e importantes”* (Silva, in Goodson, 1995: 9).

Na apresentação acima, Silva referiu-se ainda a dois outros aspectos que merecem destaque no potencial dos estudos históricos do currículo para o entendimento de como é fabricado o conhecimento escolar. Baseado na recente historiografia, que busca não negligenciar a história dos perdedores, compreendendo porque certos “artefatos” são bem sucedidos e outros não, Silva afirmou que uma história do currículo precisaria buscar as pistas que lhe permitissem localizar os conhecimentos e saberes que foram deslocados em favor de outros de maior prestígio, mais força, maior “viabilidade” social, tornando nessa perspectiva os currículos fracassados tão importantes quanto os bem-sucedidos. Por outro lado, uma história do currículo que pretenda ser uma história *social* do currículo, não pode esquecer que o currículo está construído para ter efeitos sobre pessoas, devendo, portanto, incorporar aquelas questões que têm constituído a melhor tradição da sociologia da educação, numa perspectiva temporal mais ampla. Pelo fato de diferentes currículos produzirem diferentes pessoas, cujas diferenças são sociais e não individuais, ligadas à classe, à raça, ao gênero, *“(…) uma história do currículo não deve estar focalizada apenas no currículo em si, mas também no currículo enquanto*

*fator de produção de sujeitos dotados de classe, raça, gênero”* (Silva, in Goodson, 1995: 10). Nessa perspectiva, o currículo deve ser visto como representante de interesses sociais determinados, mas também como produtor de identidades e subjetividades sociais determinadas. *“O currículo não apenas representa, ele faz, e é preciso reconhecer que a inclusão ou exclusão no currículo tem conexões com a inclusão ou exclusão na sociedade”* (Silva, in Goodson, 1995: 10; destaques no original).

### **Abordagem metodológica: o caminho da pesquisa.**

As principais abordagens metodológicas adotadas na pesquisa educacional brasileira em períodos recentes foram descritas por autores que demonstraram ser este um campo propício às mais diversas possibilidades de investigação e análise (Ludke; André, 1986; Fazenda, 1992, 1994; Gamboa, 1994; André, 1995; Santos Filho, 1995). Procurarei expor brevemente essas abordagens e suas diferentes fundamentações.

Gamboa (1994) discriminou as pesquisas em educação em empírico-analíticas, fenomenológicas-hermenêuticas e dialéticas, segundo as concepções de ciência, os pressupostos gnosiológicos, ontológicos e visão de mundo que adotam. Em relação às diferentes concepções de ciência, a pesquisa empírico-analítica toma a causalidade como eixo da explicação científica; já a fenomenologia adota a interpretação como fundamento da compreensão dos fenômenos e a dialética considera a ação como a categoria epistemológica fundamental.

Quanto às concepções de objeto e de sujeito e sua relação no processo do conhecimento, as pesquisas empírico-analíticas guiam-se pela objetividade, com o processo cognitivo centralizado no objeto; as fenomenológicas pela subjetividade, com recuperação da totalidade implícita ou do contexto e o processo centralizado no sujeito; as dialéticas pela concreticidade, centralizada na relação dinâmica sujeito-objeto.

As noções de homem e de educação adotadas pelas pesquisas empírico-analíticas privilegiam concepções tecnicista e funcionalista e a educação é tida como treinamento, desenvolvimento de aptidões e habilidades. As perspectivas

fenomenológicas adotam uma visão existencialista. O homem é tido como projeto, ser inacabado, ser de relações com o mundo e com os outros. Educar é conscientizar, privilegiando a relação dialógica entre educador e educando. As pesquisas dialéticas adotam como premissa o ser social e histórico, criador da realidade social e transformador desses contextos. A educação é prática nas formações sociais, faz parte da super estrutura, atua na reprodução da ideologia dominante.

A partir da análise da concepção da realidade ou de visão de mundo, permitindo reconstruir a lógica que integra os elementos das pesquisas e compreendendo seus nexos com as condições históricas e sociais de sua produção, o mesmo autor apontou duas tendências. A primeira é uma visão dinâmica e conflituosa da realidade, a partir das categorias materialistas de conflito e de movimento; já a segunda visão é fixa, funcional, pré-definida e pré-determinada da realidade.

Outro enfoque sobre as diferenças conceituais das metodologias de pesquisa contrapõe a pesquisa de caráter quantitativo e a abordagem qualitativa, apontando para a maior precisão alcançada pela primeira, ao passo que a segunda permitiria maior compreensão do fenômeno estudado. Na pesquisa quantitativa são estabelecidas hipóteses à priori e variáveis são definidas operacionalmente. A pesquisa qualitativa parte de questões ou focos de interesse amplos, sendo definidos à medida que o estudo se desenvolve.

Um dos principais fundamentos da pesquisa qualitativa é o contato direto do pesquisador com a situação estudada, uma instituição escolar, por exemplo, em função da preocupação com o contexto em que se dão as ações estudadas, além de assumir que o comportamento humano é muito influenciado pelo ambiente em que ocorre. A pesquisa qualitativa caracteriza-se, além disso, por ser essencialmente descritiva, com os resultados de pesquisa contendo normalmente citações para ilustrar ou fundamentar a apresentação. A pesquisa assume que “(...) *nada é trivial, que tudo tem o potencial de ser um indício, uma pista, que pode levar à maior compreensão do que está sendo estudado*” (Bogdan; Biklen, 1989: 28; tradução da autora).

A ênfase da pesquisa qualitativa, mais do que nos resultados, recai sobre o processo e os significados. A análise de dados em pesquisa qualitativa é indutiva, pois não há hipóteses a serem provadas pela obtenção de dados ou evidências; ao contrário,

as análises vão sendo construídas conforme as informações colhidas são agrupadas. Entre as pesquisas de caráter qualitativo mais comumente adotadas nas pesquisas em educação encontra-se o estudo de caso, a etnometodologia, a pesquisa-ação e a observação participante.

A pesquisa educacional recente, no entanto, tem procurado utilizar abordagens e procedimentos de investigação no sentido de afastar e superar a dicotomia criada entre as metodologias de caráter quantitativo e qualitativo, considerada por alguns autores como uma falsa questão. Segundo Santos Filho (1995), a tese da diversidade complementar dos diferentes paradigmas de pesquisa nas ciências sociais e na educação é defendida ou legitimada por uma dezena de autores que acreditam que, dentro do clima epistemológico da era pós-positivista, as várias tradições de pesquisa têm legitimidade e não estão necessariamente em conflito. Esta complementaridade deve ser reconhecida levando em conta os vários e distintos objetivos da pesquisa educacional, cujos propósitos não possam ser alcançados por um único paradigma. Outros autores defendem a tese da unidade dos paradigmas. Segundo essa tese, não há um modelo logicamente consistente de dividir o domínio do conhecimento em formas de conhecimento radicalmente diferentes, e sim uma epistemologia da coerência ou uma versão particular do “*holismo epistemológico*” (Santos Filho, 1995). Para Howe<sup>3</sup>, citado por Santos Filho (1995), a pesquisa educacional permaneceu à margem do debate epistemológico, não aproveitando as críticas de autores como Quine, Kuhn, Toulmin, Scriven e Feyerabend à epistemologia pós-positivista. Em função disto, as abordagens quantitativas em educação mantiveram dois dogmas do positivismo: a distinção entre quantidade e qualidade e entre fatos e valores.

Santos Filho (1995) entende que no presente estado da discussão das diferentes abordagens de pesquisa nas ciências humanas e na educação, a tese da unidade dos paradigmas é epistemologicamente mais defensável, em vista da complexidade dos fenômenos físicos e humanos que se apresentam aos pesquisadores dessas áreas. Segundo este autor, “*del principio de la simplicidad y de la economía se está caminando para la adopción de los principios de complejidad, consistencia, unidad*

---

<sup>3</sup> Howe, K.P. Against the quantitative-qualitative incompatibility thesis, or dogmas die hard. *Educational Researcher*, v. 17, n. 8, p. 10-6, 1988.

*de los contrarios y triangulación en la elaboración y comprobación de las teorías”*  
(Santos Filho, 1995: 48).

*Los diferentes niveles, tipos y abordajes de problemas educacionales, los diferentes objetos de investigación requieren métodos que se adecúen a la naturaleza del problema investigado. En última instancia, sin embargo, estos abordajes y metodologías precisan contribuir para la explicación y comprensión más profunda de los fenómenos humanos que, por su gran complejidad, necesitan ser investigados bajo los más diferentes ángulos y a través de las más variadas metodologías. La tolerancia y el pluralismo epistemológico justifican la no admisión de una única ratio y la aceptación del pluralismo teórico-metodológico en las ciencias humanas y de la educación. (Santos Filho, 1995: 49; destaque no original)*

Ginzburg (1990), nessa direção, já mostrava como, por volta do final do século XIX, emergiu no âmbito das ciências humanas um modelo epistemológico, baseado na observação direta na base de signos, sintomas ou sinais, ao qual chamou de paradigma indiciário, amplamente operante, porém ainda não teorizado explicitamente, que talvez pudesse “(...) *ajudar a sair dos incômodos da contraposição entre ‘racionalismo’ e ‘irracionalismo’*” (Ginzburg, 1990: 143; destaques no original).

Essa concepção abre espaço a uma abordagem que seria mais propriamente definida como reflexiva nos múltiplos aspectos da situação investigada. Essa postura investigativa lançaria mão de variadas formas de olhar o tema de pesquisa e dificilmente poderia ser enquadrada somente em uma técnica ou método já descrito e necessariamente seguir suas etapas.

Os procedimentos de investigação adotados nesta pesquisa levaram em conta essa concepção e foram guiados pela perspectiva teórica dos estudos históricos de currículo abordadas na primeira parte do capítulo, em especial os trabalhos de Ivor Goodson, que desenvolveram o conceito de currículo como construção social, realizada dentro de determinadas condições históricas e necessariamente um campo de disputa.

Em investigação sobre a natureza da escola pública na Inglaterra, Goodson (1988) demonstrou os limites de se tentar reconstruir os detalhes da escola a partir das fontes convencionais da história da educação, como os registros oficiais, relatórios, atos administrativos e legislativos. A organização das escolas pode mudar e a história da educação registrará essa mudança, porém o currículo ou, na verdade, as

experiências ou padrões individuais, de classe ou de gênero, poderiam permanecer inalterados. Sobre essas questões críticas, uma abordagem histórica mais convencional teria alcance limitado. Fontes históricas seriam necessárias no sentido de indicar o que estaria sendo ensinado nas escolas.

Partindo de trabalhos anteriores sobre a escola pública e em sua própria experiência como professor, esse autor iniciou sua investigação pela constatação de que a organização da escola preconizada pelo governo era realizada de maneira substancialmente autônoma pelos professores. A busca pela compreensão da escola requereria estudos sobre a construção do currículo, que complementassem os trabalhos realizados em história da educação, mas que de alguma maneira ampliassem essa compreensão visto que, *“se a história do currículo se desenvolve ao lado da história da educação, conseqüentemente os estudos sobre a relação entre as duas seriam facilitados”* (Goodson, 1988: 6; tradução da autora).

O mesmo autor referiu que na procura por fontes, os arquivos públicos dos conteúdos e resumos do currículo representam verdadeiros achados e que, para o pesquisador que busca compreender os objetivos e agendas da escola pública, esses documentos contêm uma série de, do mínimo, declarações de intenção.

*‘Currículo’ sobretudo, designa um modo central por meio do qual agências externas do Estado têm procurado ao longo do tempo penetrar e controlar a ‘licença’ da sala de aula. Historicamente, o currículo escrito foi parcialmente modelado por este objetivo; como resultado é uma fonte valiosa para compreender certas intenções externas e agendas impostas à escola. Se desejarmos ampliar nosso estudo da escola pública é parcialmente por meio desse nível do estudo do currículo que poderemos obter um olhar momentâneo da relação entre a estrutura externa e a atividade interna. (Goodson, 1988: 6; destaques no original; tradução da autora)*

Hamilton<sup>4</sup>, citado por Goodson (1988), constatou que a interligação crucial do currículo e do sistema de sala de aula, no nascimento da escola pública, por meio de um conjunto de tarefas, temas, horários, grades, padrões, seqüências, penetrou de tal forma, que atingiu com sucesso um *status* normativo, com o poder de definir

---

<sup>4</sup> Hamilton, D. Adam Smith and the moral economy of the classroom system. *Journal of Curriculum Studies*, 12, 4, oct.-dec., p.286, 1980.

padrões para todas as outras iniciativas educacionais. Por exemplo, o currículo seqüencial, organizado por assuntos, tem sido vital desde a emergência do sistema de sala de aula, como fundamento da organização escolar. Ao lado de padrões de alocação e distribuição de recursos, esse conjunto normativo forneceu o que Goodson chamou de *regras do jogo* existentes, parâmetros e não prescrições que, uma vez estabelecidos, afetam ações subseqüentes de formas complexas.

*Uma vez estabelecidos, todavia, esses padrões curriculares [...] são retidos e defendidos de uma maneira muito mais complexa e por mais amplas categorias de agências. Portanto, é correto assumir que inicialmente essas regras refletiam os valores de grupos de interesse dominante no tempo. Porém, é totalmente diferente assumir que este é inevitavelmente ainda o caso ou que são os próprios grupos de interesse dominante que de forma ativa defendem o alto status do currículo. (Goodson, 1988: 9; tradução da autora)*

É necessário distinguir entre dominação e estrutura, por um lado, e mecanismo e mediação. No nível da mediação, os parâmetros existentes são controlados e protegidos e os grupos representantes da tradição existente são centrais nessa mediação. Os antecedentes conceituais e estruturais do currículo, os grupos de mediação e socialização são, portanto, aspectos vitais da construção social do currículo e para Goodson esses aspectos têm sido seriamente negligenciados nos estudos de currículo e da escolarização.

As perspectivas do currículo como construção social buscam um enfoque reintegrado para os estudos do currículo, seja na prática idealizada, seja na prática concreta e distanciam-se de um enfoque único para o desenvolvimento de dados sobre construção social (Goodson, 1995). O autor apontou que

*... com o tempo, a lacuna mais significativa para um programa de estudo assim reconceitualizado é um estudo histórico sobre a construção social do currículo escolar. Sabemos muito pouco sobre como as matérias e temas fixados nas escolas se originam, e são elaborados, redefinidos e metamorfoseados. [...] Portanto, o trabalho em relação à história da construção social do currículo escolar é pré-requisito essencial para o estudo da reconceitualização do currículo. (Goodson, 1995: 76)*

Alguns estudos de caso apresentados por Goodson (1988) partiram do enfoque individual até chegar ao de grupo ou coletivo, examinando as histórias de vida de indivíduos e como as mesmas possibilitavam o desenvolvimento de temas e sistemas para exame de estruturas e organizações. Em outro trabalho, citado por Goodson (1995), o autor procurou desenvolver o enfoque grupal ou coletivo por meio do estudo das matérias escolares em sua evolução histórica. Goodson assim se refere a esses estudos:

*Os estudos de caso históricos sobre matérias escolares proporcionam o 'detalhe local' de mudança e conflito curriculares. A identidade de indivíduos e subgrupos que atuam dentro de grupos de interesse curricular possibilita algum exame e alguma avaliação em torno de projetos e motivações. Com isso, teorias sociológicas que atribuem poder sobre o currículo aos grupos de interesse dominantes podem ser analisadas em relação ao seu potencial empírico. Concentrar a atenção no micronível de grupos ligados a alguma matéria ou alguma escola não é negar a importância fundamental das mudanças econômicas de macronível ou das mudanças de idéias intelectuais, dos valores dominantes ou dos sistemas educacionais. Todavia, sustenta-se que essas mudanças de macronível podem ser reinterpretadas efetivamente no micronível. Mudanças de macronível são consideradas como sinais de uma série de novas escolhas visando submeter facções, associações e comunidades. Para entendermos como, com o tempo, as matérias escolares mudam, assim como mudam histórias de idéias intelectuais, precisamos entender não só como grupos particulares são onipotentes para introduzir mudança num currículo, mas também que as respostas desses grupos constituem uma parte muito importante do quadro geral, se bem que por ora um tanto subestimada. (Goodson, 1995: 76-7; destaque no original)*

Goodson apresentou três exemplos, entre os possíveis enfoques de um estudo de construção social:

*Enfoque individual: história de vida e carreira.*

*Enfoque de grupo ou coletivo: as profissões, categorias, matérias, disciplinas, etc., com o tempo, evoluem mais como movimentos sociais. Da mesma forma, as escolas e turmas de cada sala desenvolvem padrões de estabilidade e mudança.*

*Enfoque relacional: as várias transformações das relações entre indivíduos, entre grupos e coletividades, e entre indivíduos, grupos e coletividades; e a forma como essas relações mudam com o tempo. (Goodson, 1995: 72)*

Os três enfoques apontaram para a possibilidade de serem utilizados procedimentos de história oral nesta pesquisa, com objetivo de identificar como foi operada, na prática, a seleção de conteúdos do currículo de medicina na instituição estudada. A trajetória da história oral como ferramenta por essência das ciências humanas foi abordada em ampla bibliografia, que passa pelas áreas da sociologia, antropologia, história e mais recentemente da psicologia social (Bogdan; Biklen, 1989; Thompson, 1992).

A utilização da história oral na pesquisa acadêmica brasileira teve seu crescimento a partir dos anos 90, mas já na década de 70 assistiu-se à formação do Grupo de Documentação em Ciências Sociais, composto inicialmente por representantes da Biblioteca Nacional, do Arquivo Nacional, da Fundação Getúlio Vargas e do Instituto Brasileiro de Bibliografia e Documentação, substituído depois pela Fundação Casa de Rui Barbosa. Dentro desse grupo, o Subgrupo de História Oral foi responsável pela organização dos primeiros cursos de especialização na área, no Brasil (Ferreira, 1996).

Diversos autores têm contribuído para a afirmação da história oral no Brasil, apontando seu potencial na pesquisa em ciências humanas, ainda pouco explorado no país (Queiroz, 1987; Meihy, 1996; Farias, 1996; Ferreira, 1996; Gallian, 1996; Gattaz, 1996; Janotti, 1996; Lang, 1996). Para os objetivos deste trabalho, importa identificar as principais características da história oral, nos aspectos em que seus procedimentos se revelaram adequados a este estudo.

O termo “história oral” é bastante amplo e cobre uma quantidade de relatos a respeito de fatos não registrados por outro tipo de documentação. Geralmente colhida por meio de entrevistas, pode registrar a experiência de um ou mais indivíduos de uma mesma coletividade, neste último caso buscando-se uma convergência de relatos sobre um mesmo acontecimento ou sobre um período de tempo (Queiroz, 1987). As fontes orais podem assumir a forma de *histórias orais de vida*, *relatos orais de vida* ou de *depoimentos orais*, caso sua referência recaia na própria vida e na experiência do narrador ou, no caso da última, em fatos que presenciou ou sobre os quais detém informações (Lang, 1996).

Uma das especificidades da história oral, segundo Lang (1996), consiste em que o processo de análise das informações não corresponda a uma fase posterior à da

coleta de dados, mas que se desenvolva ao longo de todo o processo da pesquisa, levando-o a contínuas modificações e determinando que nenhuma entrevista seja igual a outra. Quanto à perspectiva sociológica, a mesma autora aponta que a história oral não se restringe a uma história de vida ou a um único relato, mas trabalha com relatos de vários indivíduos de uma mesma coletividade, abrindo a possibilidade de leitura do social e permitindo reconstruir, por meio de vários relatos, a história estrutural e sociológica de determinados grupos.

Entre os aspectos mais discutidos a respeito das fontes orais na pesquisa acadêmica estão a questão da fidedignidade da evidência da história oral e o viés subjetivo do informante. A esse respeito, Thompson (1992) propôs que à pergunta “*Quão fidedigna é a evidência da história oral?*”, o historiador deveria relacionar a “*hierarquia aceita*” de fontes, e ao examiná-las, indagar-se “*Como o documento passou a existir inicialmente? Quem foi exatamente seu autor? Qual seu objetivo ao escrevê-lo?*” (Thompson, 1992: 138). Ademais, salientou que muitas das perguntas que se devem fazer sobre os documentos - se podem ser falsificações, quem era seu autor e com que finalidade social foram compostos - podem ser respondidas com muito mais confiabilidade em relação à evidência oral do que em relação a documentos.

Quanto à questão do viés subjetivo, Gallian (1996) formulou para o historiador as seguintes questões:

*O que pode ser interpretado como informação sobre o passado? Em que medida aquilo que é narrado pelo entrevistando pode ser considerado não apenas como um fato, mas como a visão que ele tinha do fato naquela época?* (Gallian, 1996: 142-3)

Desse modo, não se trata apenas de “*saber se o entrevistando fala a ‘verdade’ ou se está ‘mentindo’*, mas *fundamentalmente, se aquilo que ele considera verdade hoje, também o era então, no passado*” (Gallian, 1996: 142-3; destaques no original). Partindo disso, o autor defendeu que o documento da história oral deve ser entendido não só como um documento sobre o passado, mas também e principalmente como um documento sobre o presente.

As entrevistas obtidas durante esta pesquisa são depoimentos orais que se enquadram em uma categoria de história oral, a história oral temática, por terem partido

de um assunto específico e pré-estabelecido e surgido da necessidade de complementar informação obtida em documentos. Para obtenção dos depoimentos foram previamente definidas questões que formaram um roteiro (Anexo 3) e elaborado um documento de autorização pelo uso das informações obtidas (Anexo 4).

A pesquisa documental foi realizada no SIARQ (Arquivo Central do Sistema de Arquivos da UNICAMP), compreendendo treze caixas de arquivo do acervo do Conselho Diretor (CD) e da Câmara Curricular (CC); quatro caixas da Secretaria Geral (SG) III - Arquivo Histórico, e uma caixa do acervo do Gabinete do Reitor (GR) I, num total aproximado de três mil páginas de documentos. A leitura dos documentos recaiu especialmente sobre as leis de criação da Faculdade de Medicina de Campinas e da Universidade de Campinas, da implantação do curso de Medicina, artigos e notícias de jornais, ofícios e atas das reuniões da Câmara Curricular do período.

Tendo por base os dados coletados nos documentos, foram formulados os seguintes critérios para a seleção dos entrevistados: 1) docentes que exerceram cargos relacionados ao ensino ou à Direção da FCM/UNICAMP, no período de 1963 a 1983; 2) ex-alunos da FCM/UNICAMP no mesmo período, que posteriormente se tornaram docentes do curso de Medicina; 3) docentes do curso que, embora não tivessem exercido cargo de Direção ou de Coordenação do curso, tiveram participação no mesmo período em órgãos de assessoramento do ensino (Câmara Curricular, Comissão de Currículo), com poder, portanto, de discutir e/ou propor alterações no ensino médico daquela instituição.

De acordo com esses critérios, nove docentes foram contatados para realização das entrevistas e apenas um docente não retornou o contato. Dos oito entrevistados, cinco pertencem ao primeiro grupo (entrevistas 1, 3, 6, 7 e 8). Destes, dois são docentes da FCM/UNICAMP e três são ex-docentes, sendo que dois se aposentaram pela UNICAMP e são docentes em outras instituições e o terceiro se aposentou por motivos de saúde. O segundo grupo foi formado por dois ex-alunos que passaram a integrar o corpo docente da FCM/UNICAMP (entrevistas 4 e 5). O terceiro grupo foi formado por um docente da FCM/UNICAMP (entrevista 2). Portanto, todos os entrevistados foram ou ainda são docentes em cursos de Medicina. As entrevistas foram

realizadas no período de maio de 2001 a outubro de 2002, totalizando dezenove horas e meia de gravação. Todas as entrevistas foram transcritas pela própria pesquisadora.

Independentemente do grupo a que pertencem os entrevistados pelos critérios definidos, no período de 1963 a 1983 seis dos entrevistados exerceram Chefia de Departamento; dois exerceram a Direção da Faculdade; dois exerceram o cargo de Coordenador de Graduação em Medicina e um deles exerceu, em diferentes períodos, os cargos de Coordenador de Graduação, Coordenador de Internato e Presidente da Comissão de Residência Médica. Posteriormente ao período contemplado pela pesquisa, um dos entrevistados foi Reitor da UNICAMP. Da mesma forma, quatro dos entrevistados tomaram parte de órgãos relacionados ao ensino, tais como Câmara Curricular da UNICAMP (atual Comissão Central de Graduação); Comissão de Currículo da FCM/UNICAMP; Comissão do Ciclo Básico IB-FCM; Comissão de Estudo da Construção do Hospital de Clínicas e Comissão Paritária da Faculdade de Medicina de Campinas.

As perguntas que serviram de roteiro para os depoimentos procuraram levantar como era concebido o ensino e o currículo de Medicina no período estudado. Nesse sentido, procurou-se determinar qual era o perfil desejado de médico na época e como esse médico era recebido na sociedade. A respeito do currículo, foi questionado se havia descontentamentos, quais as modificações implementadas e como estas foram recebidas. Como os valores da época estão implícitos na forma de definir o currículo e traçar o perfil do profissional médico, uma das questões abordou quais os valores que na opinião dos entrevistados deveriam estar presentes na formação do médico. Além disso, os entrevistados foram questionados a respeito do processo de criação da FCM, no sentido de procurar delimitar quais as crenças filosóficas que foram vitais para sua criação, se acreditam que estas foram duradouras e quem teria contribuído para formulá-las<sup>5</sup>.

Mesmo contando com o roteiro que norteou as entrevistas, todos os entrevistados estiveram à vontade para abordar outros assuntos e recorreram freqüentemente a análises sobre o ensino e a prática médica para formular sua posição

---

<sup>5</sup> Essa questão foi formulada originalmente por Lima (1989), em Dissertação de Mestrado sobre a criação da UNICAMP e adaptada para a minha pesquisa sobre a criação da FCM.

pessoal sobre o currículo ou ilustrar os fatos que relataram. Em função disso, a análise das gravações ao término das entrevistas revelou um material extremamente rico e diversificado, superando totalmente as expectativas iniciais. Por outro lado, o material transcrito resultou extremamente volumoso, tornando inviável seu acréscimo ao corpo da dissertação, na forma de anexo.

Por essa razão, a etapa mais difícil a partir da obtenção dos depoimentos foi reconstituir a história do currículo, selecionando fatos documentados e interligando-os com os depoimentos dos entrevistados; relacionando a história pessoal e social e procurando na micro-história da escola os detalhes que a diferenciaram das demais, porém sem deixar de levar em conta os pontos comuns encontrados na trajetória da maioria das escolas médicas do Brasil.

A análise das entrevistas procurou relacioná-las ao contexto social mais amplo, em relação à criação da UNICAMP, às características do município de Campinas e às discussões no ensino médico, procurando evitar o que Goodson (1988) apontou como a grande falha dos estudos em escolarização. Goodson mostrou que mesmo estudos etnográficos e interacionistas negligenciaram a bagagem histórica e biográfica dos professores, em geral apresentados de forma despersonalizada. Moreira (1995) também afirmou que os estudos sócio-históricos das disciplinas tenderam a subestimar os aspectos estruturais; como consequência, foram supervalorizados os elementos institucionais e os debates entre especialistas, enquanto os contextos político e sócio-econômico da sociedade mais ampla passaram a ser secundários e as explicações acabaram sendo reducionistas (Moreira, 1995: 18).

Para resolver essa deficiência, dados de história de vida devem ser coletados. Segundo Goodson (1988), há distinções em atitudes, desempenho e estratégias que podem ser identificadas em diferentes professores e em diferentes momentos. Para entender o grau de importância dessas distinções, o autor propôs conectar os estudos da escolarização com investigações de biografia pessoal e passado histórico e, sobretudo, a reintegração da situação estudada com a análise biográfica e histórica. Por esta reintegração, *“nos distanciamos de estudos onde o ator humano é estudado de uma maneira artificialmente divorciada de sua própria biografia e histórico da situação”* (Goodson, 1988: 83; tradução da autora).

Goodson (1988) apontou quatro possíveis focos de investigação, que com diferentes graus de generalidade e dificuldade possibilitariam ampliar o domínio tradicional da história de vida, no interior de uma ampla estrutura histórica e social. Dentre esses focos, o mais relevante para esta pesquisa procurou localizar a história de vida do indivíduo no interior da “*história do seu tempo*”, buscando “*compreender a maneira como, ao longo do tempo, os indivíduos chegam a um acordo com as restrições e condições nas quais trabalham, e como estas dizem respeito à estrutura social mais ampla*” (Goodson, 1988: 90; tradução da autora). Para Waring<sup>6</sup>, citada em Goodson (1988), a compreensão da inovação curricular é simplesmente impossível sem uma história do contexto, e afirmou:

*Se vamos compreender eventos, quer em pensamento ou em ação, o conhecimento do pano de fundo é essencial. O conhecimento de eventos é meramente o material bruto da história: para ser uma reconstrução inteligível do passado, os eventos devem ser relacionados a outros eventos, e aos pressupostos e práticas do meio. Portanto, devem se tornar objetos de investigação, sua origem como produtos de circunstâncias históricas e sociais determinadas ...* (Waring, citada por Goodson, 1988: 95-6; tradução da autora)

O capítulo seguinte abordará o currículo médico tendo por pano de fundo a criação da Faculdade de Medicina e da Universidade de Campinas, procurando mostrar os limites e contingências a que foi submetido o desenvolvimento do curso de medicina, como também as concepções de ensino e prática médica que deram identidade a essa instituição, no período estudado. Para além de uma abordagem meramente histórica, importa compreender que o desenvolvimento do currículo encontrou equivalência nessas concepções e estas nas relações sociais e processos mais amplos que ocorriam fora da escola, como atestaram os depoimentos fornecidos pelos sujeitos da pesquisa. Ainda que não intencionalmente, suas palavras falaram menos dos fatos ocorridos e muito mais das relações sociais e dos processos vividos, o que possibilitou apreendê-los a partir de indivíduos integrantes dessa coletividade, ampliando a compreensão do processo de construção social do currículo.

---

<sup>6</sup> Waring, M. *Aspects of the dynamics of curriculum reform in Secondary School Science*. Phd., University of London, p. 12, 1975.

***A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CURRÍCULO  
E SUAS CONTRADIÇÕES***



As fontes de conhecimento de como se desenvolveu o currículo do curso de Medicina da FCM/UNICAMP, conforme referencial teórico e proposta de análise apresentados no capítulo anterior, foram buscadas primeiramente no período de criação da Faculdade, pois esse processo encontrou-se cercado de interesses e disputas que determinaram em grande medida a história e o desenvolvimento posterior do currículo. O conhecimento do contexto político, econômico, social e cultural envolvido na construção do currículo, entendido como artefato social, acrescido dos depoimentos orais obtidos na pesquisa, permitiu que fossem identificados processos de mediação, inclusões e exclusões, bem como situações de consenso.

Neste capítulo será relatada a criação da Faculdade de Medicina de Campinas, no final da década de cinquenta, e sua incorporação à Universidade de Campinas, em dezembro de 1962, mostrando as disputas políticas e de concepção de ensino médico que marcaram a criação de uma nova escola médica no Estado de São Paulo<sup>1</sup>. Na sequência será apresentado o processo de criação da UNICAMP e o significado político e econômico que teve para a região de Campinas a formação de uma universidade com as características com que foi idealizada. A parte final do capítulo apresentará uma visão panorâmica do início do curso, em 1963, até a mudança do hospital-escola para o HC, nos anos 80, por meio de documentação e depoimentos, procurando mostrar a dinâmica do curso e as diferentes concepções de currículo e da formação médica vistos pela memória dos entrevistados.

Os fatos e depoimentos colhidos mostraram que o processo de organização da UNICAMP possibilitou que o curso de Medicina, no período estudado de 1963 a 1983, passasse por movimentos inovadores no ensino, nem todos estruturados em um corpo teórico assumido como tal pelas instâncias de ensino e pelo corpo docente, mas que a caracterizaram como uma unidade inserida nas discussões mais amplas do ensino médico do país e em permanente processo de discussão de seu ensino.

---

<sup>1</sup> Posteriormente, os Estatutos da UNICAMP a instituíram como Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UNICAMP), com a incumbência de ministrar os cursos de Medicina e Enfermagem, este último autorizado a funcionar em 1978 (Faculdade de Ciências Médicas, 1993: 27).

Contudo, mesmo tendo abrigado em seu interior idéias e propostas curriculares consideradas inovadoras desde aquela época, estas foram sendo abandonadas ao longo do período, levando, em pouco tempo, a que o curso viesse a se pautar pelas práticas hegemônicas de ensino no campo médico, voltadas ao mercado de trabalho e assumindo a necessidade da formação continuada do estudante por meio da especialização oferecida pelos cursos de Residência Médica.

Os depoimentos obtidos foram elementos fundamentais para a compreensão desse processo. A escolha por uma narrativa que não incorporasse as falas originais, re-elaborando-as para um texto acadêmico, levaria à perda da essência e da riqueza que a história oral, ao contrário do documento, mostra com toda clareza e simplicidade de recursos de linguagem. Sobretudo, uma re-elaboração não seria fiel a todos os depoimentos, reduzindo-os a uma única narrativa – a da autora da pesquisa. Por essa razão, muitas vezes, neste e no próximo capítulo, as falas serão utilizadas de forma substancial, mesmo com o esforço realizado no sentido de reduzi-las à idéia principal contida no depoimento. As palavras acentuadas pelos entrevistados ou mudanças de entonação de voz foram transcritas em *itálico*, não significando destaques da autora.

## **A Faculdade de Medicina de Campinas.**

Até o final da década de quarenta o sistema de ensino superior público do Estado de São Paulo compunha-se unicamente da USP, fundada em 1934. O plano de criação de novas escolas superiores no interior do Estado, mas subordinadas à USP, viria somente em 1948, por intermédio da Lei nº 161, de 24 de setembro, no Governo Estadual de Adhemar de Barros.

Em 30 de junho de 1953, durante o Governo Estadual de Lucas Nogueira Garcez, foi publicada a Lei nº 2154, acrescentando à lei de criação das escolas superiores o item IV, criando a Faculdade de Medicina de Campinas, a partir de uma emenda do Deputado Ruy de Almeida Barbosa. Apesar de ter sido criada por lei, Campinas ainda demoraria uma década para ver concretizado o sonho da Faculdade de Medicina. Uma campanha pela implantação de uma faculdade de medicina na cidade havia sido

lançada alguns anos antes pelo jornalista Luso Ventura, do jornal Diário do Povo, sendo posteriormente criado um Conselho de Entidades de Campinas, com a finalidade de debater os problemas sociais e defender os interesses da cidade, entre eles a instalação da Faculdade de Medicina. A população campineira, movida pelos órgãos de imprensa, participou ativamente dessa campanha, pressionando os políticos locais. Outras entidades se integraram à campanha, como a Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas, que no início da década de sessenta retomou a campanha pró-instalação da Faculdade de Medicina.

Em 25 de novembro de 1958 foi aprovada e promulgada pelo Governo Estadual de Jânio Quadros a Lei nº 4996, criando como instituto isolado de ensino superior a Faculdade de Medicina de Campinas, dentro de uma estruturação bem definida. No artigo 2º eram definidas em quatro itens suas finalidades. A única menção à formação médica pretendida pode ser encontrada no terceiro item:

- a) ministrar, desenvolver e aperfeiçoar o ensino das Ciências Médicas;*
- b) realizar investigações científicas no campo das Ciências Médicas;*
- c) formar especialistas nas diversas disciplinas que constituem o ensino médico; e*
- d) contribuir para a solução dos problemas médico-sociais assim como criar condições para promoção, preservação e restauração da saúde. (Governo do Estado de São Paulo, Lei 4996/58)*

A lei que criou a Faculdade de Medicina de Campinas como instituto isolado de ensino superior, instituiu seu currículo em disciplinas e cadeiras, nos moldes da FMRP/USP. As disciplinas eram distribuídas por cadeiras que se constituíam em departamentos e clínicas, dirigidas pelos respectivos professores catedráticos. Algumas cadeiras abarcavam mais de uma área de conhecimento, mas a partir da reforma universitária de 1968 essas cadeiras foram desmembradas em departamentos, casos, por exemplo, de Anatomia, e de Histologia e Embriologia, ligados à Cadeira nº 2 – Departamento de Morfologia Funcional e Aplicada. Quanto ao currículo, no Artigo 9º eram definidas a duração e seriação do Curso Normal de Graduação em Ciências Médicas, em cinco anos de ensino obrigatório e um sexto ano com disciplinas optativas de tendência médica ou cirúrgica.

O corpo docente da Faculdade de Medicina de Campinas compreenderia os seguintes cargos (artigo 16): Professor Catedrático; Professor-Adjunto; Assistente-Docente; Assistente; e Instrutor. O poder do Professor Catedrático podia ser avaliado pelos dispositivos dos artigos 21 a 24. Segundo esses artigos, os assistente-docentes, os assistentes e os instrutores seriam da imediata confiança do professor da cadeira e só poderiam ser nomeados ou admitidos por indicação do catedrático, ouvido o Conselho Técnico-Administrativo e proposta do Diretor (Governo do Estado de São Paulo, Lei 4996/58).

O artigo 28 criava a Escola de Enfermagem, anexa à Faculdade de Medicina de Campinas, nos moldes da Escola de Enfermagem da FMRP/USP, mantendo cursos de Enfermagem Geral e Obstétrica e de Auxiliar de Enfermagem.

O artigo 3º listava as disciplinas do Curso Normal de Graduação em Ciências Médicas, compreendendo cinquenta e três disciplinas. A criação e supressão de disciplinas (artigo 4º) seriam feitas por decreto do Executivo, mediante proposta do Conselho Técnico-Administrativo aprovada pela Congregação e pelo Conselho Estadual de Ensino Superior.

Cantídio de Moura Campos, professor catedrático de Medicina da USP, foi nomeado Diretor pro-tempore da Faculdade de Medicina de Campinas, entretanto, não foram providos os meios necessários para a instalação da Faculdade, adiando seu funcionamento e aumentando o descontentamento da comunidade médica e política de Campinas.

No ano de 1959, a bancada campineira na Assembléia Legislativa do Estado manteve a pressão para a instalação da Faculdade de Medicina. No mesmo período, o CEE/SP (Conselho Estadual de Educação de São Paulo) decidiu designar uma comissão, com o intuito de opinar sobre a criação de uma nova faculdade de medicina no Estado. Entre os membros dessa comissão encontrava-se o parasitologista Zeferino Vaz. No período em que esteve à frente dessa comissão, Zeferino Vaz foi contrário à instalação da faculdade em Campinas e chegou a ser nomeado na imprensa campineira “inimigo público número um de Campinas”. Contudo, alguns anos depois, e até seu falecimento em fevereiro de 1981, a figura de Zeferino Vaz viria a ser confundida com a própria história da UNICAMP.

Zeferino Vaz posicionava-se a favor da instalação de uma faculdade de medicina na cidade de Botucatu, no interior do Estado, justificando sua escolha em função da existência de um hospital ocioso naquela cidade, entre outros fatores. Nesse período houve fortes acusações dos membros do Conselho de Entidades de Campinas a Zeferino Vaz na imprensa. Em ofício GD30, de 19/05/1959, endereçado a Antonio Queiroz Filho, Presidente da Comissão, Zeferino Vaz pediu demissão da mesma, respondendo em sete páginas os inúmeros ataques desferidos contra ele, discorrendo um a um os argumentos contrários. As idéias contidas nesse ofício confrontavam a tradição e o conservadorismo próprios da comunidade local, incluindo médicos, como ilustram os trechos a seguir.

Um dos argumentos do Conselho de Entidades de Campinas contra a instalação da faculdade em Botucatu era a falta de cadáveres em cidades do interior. Em resposta, Zeferino Vaz escreveu que:

*... o cadáver não é mais o elemento fundamental da educação médica como ainda imaginam os que não acompanharam os tremendos progressos das ciências médicas nestes últimos 30 anos. Custamos muito a compreender que o médico não lida com cadáveres e, hoje, é a morfologia funcional e dinâmica e a bioquímica que constituem a base da formação do bom profissional.*  
(Vaz, Ofício GD30, 1959, p. 3)

Argumentando contra a localização da faculdade em Campinas, Zeferino dizia:

*... não ser possível utilizar hospitais particulares, ainda que numerosos, para ensino de medicina e nem a Santa Casa, também instituto particular. O hospital deve ser da faculdade porque os professores, responsáveis pelo ensino, precisam ter plena e completa autoridade nas enfermarias sob sua direção ....* (Vaz, Ofício GD30, 1959, p. 4)

A posição de Zeferino Vaz contra a instalação da faculdade em Campinas se dava também, entre outros aspectos, em função da cidade ter bons profissionais, mas que se dedicavam aos consultórios. “*Não basta ser bom profissional para ser um bom professor. Este faz-se seguindo uma carreira didática, no ensino e na investigação*

*científica, e não em consultórios particulares”* (Vaz, Ofício GD30, 1959, p. 5). Outro aspecto ressaltado por Zeferino Vaz era a necessidade de serem construídos laboratórios modernos para ensino e pesquisa.

De fato, sob o ponto de vista da educação médica, o planejamento e a direção que Zeferino Vaz vinha instituindo na FMRP/USP desde 1952, haviam sido considerados pioneiros e revolucionários em diversos aspectos e talvez para Zeferino Campinas não oferecesse condições de repetir essa experiência. O artigo reproduzido a seguir, de março de 1954, é explícito quanto à diferença do pensamento de Zeferino Vaz sobre o papel da universidade e de uma faculdade de medicina.

*Em 29 de dezembro de 1951 já era promulgada a lei que iria estruturar a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP), diferenciando-a desde o início das demais Faculdades de Medicina da América do Sul: rompendo com a tradição francesa, ela adotava princípios da renovação americana no ensino médico e na Universidade feita por Flexner já na década de 20, a qual era pautada no tripé das atividades de ensino, pesquisa e extensão. Trechos do relatório da Comissão de Instalação da FMRP atentavam para a importância de inovações na estrutura das Universidades e do ensino: “Não é demais repetir que os grandes generais como Eisenhower e estadistas contemporâneos da estatura de Churchill são unânimes na afirmação de que a última guerra mundial foi ganha pelas Universidades [...] A formação de novos pesquisadores na Faculdade de Medicina é tão importante ou mais do que a simples formação de profissionais de medicina”. A própria idéia de se promover a descentralização do ensino superior brasileiro visando ao progresso da Nação parece ter vindo dos EUA, segundo depoimento de Zeferino: “[...] O interior é grandemente lacunoso em cultura, enquanto já se desenvolveu economicamente. Haveria, então, a grande necessidade da criação do pensamento original interiorano, para que este deixasse de ocupar, neste sentido, a posição de inferioridade que ocupa em relação à Capital”.(O significado e os ideais da FMRP, Diário de Notícias, 31/03/1954; Ribeirão Preto. In: Meneghel, 1994: 120-1)*

Algumas das inovações científicas promovidas pela FMRP/USP em relação às demais faculdades de Medicina existentes no país incluíam: organização departamental; organização semestral para algumas disciplinas; redução substancial do número de cátedras; tempo integral obrigatório para todas as cátedras; estabelecimento da investigação científica como obrigação para todos os docentes; elaboração do quadro de carreira docente; admissão, no corpo docente, de especialistas não médicos para as

disciplinas básicas do curso; valorização de instrumentos auxiliares à investigação científica e ao ensino, tais como biblioteca, biotério, laboratórios; ensino interdisciplinar, com laboratórios para as disciplinas básicas; criação de novas disciplinas no currículo médico como Psicologia Médica, Medicina Preventiva, Medicina do Trabalho, Genética Médica e Bioestatística; redução de carga horária de disciplinas como Parasitologia, Medicina Legal; valorização da atenção materno-infantil, no ensino de Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia (Meneghel, 1994: 122).

Apenas quatro anos após a aula inaugural da FMRP/USP, a Associação Médica Brasileira a escolheu para sede de seu primeiro grande congresso nacional, programando como um dos três temas oficiais “O Ensino Médico”. Por sua vez, a Academia Nacional de Medicina outorgou a Zeferino Vaz, por unanimidade, o Prêmio Alfred Jurzykowski, “*pela idealização e execução de novos padrões no Ensino Médico*” (Academia Nacional de Medicina, s.d).

No ano de 1961, a pedido do governador Carlos Alberto de Carvalho Pinto, foi constituído pelo Reitor da USP, Antonio Barros de Ulhôa Cintra, um grupo de trabalho para estudar e propor a criação de um núcleo universitário em Campinas. O Conselho de Entidades de Campinas constituiu então onze comissões, a fim de mobilizar a comunidade, a imprensa e os prefeitos da região, visando pressionar o governo do Estado e a Assembléia Legislativa.

No final do ano seguinte foi criada como entidade autárquica a Universidade de Campinas, pela Lei nº 7655, de 22 de dezembro de 1962. O artigo 29 incorporava a Faculdade de Medicina de Campinas à Universidade e definia o início do curso de Medicina para o ano de 1963. A lei de criação da Universidade dispunha que enquanto não fossem baixados seus próprios estatutos, seriam aplicados, para a solução dos casos omissos, o Estatuto e as demais disposições legais referentes à USP (Governo do Estado de São Paulo, Lei 7655/62).

O artigo 34 da Lei nº 7655/62 revogou as disposições em contrário, especialmente as da Lei nº 4996/58, que havia criado como instituto isolado de ensino superior a Faculdade de Medicina de Campinas. O primeiro Reitor, nomeado pelo Governador, foi Cantídio de Moura Campos, que por sua vez nomeou o Antonio Augusto de Almeida como Diretor da Faculdade de Medicina.

## **A Universidade de Campinas.**

O edital do primeiro vestibular da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas foi publicado no jornal Diário do Povo do dia 09/03/1963, com abertura de cinquenta vagas e realização das provas no dia 31/03/1963, posteriormente adiadas para os dias 07 e 08/04/1963. O mesmo jornal publicou no dia 31/03/1963 reportagem informando o número de 1.580 candidatos aos vestibulares de Medicina e o anúncio de que o Deputado Francisco Amaral pediria mais vagas para o ano seguinte (Jornal Diário do Povo, 09 e 31/03/1963). O novo curso veio ao encontro de grande demanda local, além de atrair candidatos de outras cidades e mesmo aqueles que não tinham em Campinas sua primeira opção de curso.

Eu tinha prestado exame em Ribeirão, eu tinha feito cursinho em Ribeirão e não passei, lá eram só 80 vagas, tinha um número enorme de candidatos, aí saiu aqui e eu vim prestar. Naquele ano saiu Botucatu também, Botucatu e Campinas são exatamente da mesma idade. Então, o primeiro que eu fui prestar foi Botucatu, aí eu entrei e fiz um mês de curso lá. Aí saiu aqui. Eu não queria sair de Botucatu, que estava ótimo, tinha um prestígio maravilhoso [...] eu não queria ir embora, aí meu pai falou "olha lá, Campinas é maior, seguramente Campinas vai crescer mais". E acabei vindo mesmo, prestei vestibular e entrei aqui. Mas ... aí eu pretendia ficar aqui e voltar, trabalhar lá, e acabei que ... Campinas era uma cidade muito chata no início, uma cidade muito fechada, embora a gente tivesse prestígio, era aquele prestígio assim ...formal, mas a cidade não se abria pra ninguém de fora [...]. No início [...] era uma cidade de gente empombada mesmo, que a gente não estava habituado porque a minha turma era quase toda do interior e aqui era um pessoal empombado, que muitos deles viraram meus amigos depois [...], não era uma cidade aberta pra todo mundo, a PUCC era essencialmente de pessoal de Campinas. (Entrevista 5)

Na minha época o vestibular era um vestibular geral, chamava CESCEM, eu não me lembro o que significava essa sigla, mas você podia optar por *todas* as faculdades de medicina do Estado de São Paulo, não me lembro se a Santa Casa estava incluída, eu acho que eram seis na época, e até por odontologia, bioquímica, então você tinha várias opções e dependendo da tua nota, você era classificado de acordo. O meu sonho era entrar em Ribeirão Preto porque eu sou da região de Ribeirão Preto, então eu não peguei Ribeirão Preto e peguei Campinas, vim pra Campinas e fiquei porque uma outra característica de Campinas, eu acho que naquela época era mais ainda, por exemplo, a minha turma tinha sete alunos campineiros e o restante todos de fora, então na sexta-feira o pessoal já vinha pra aula com uma sacola ou a malinha e daqui sumia, ficavam eu e os sete campineiros. E do vestibular eu já comecei a trabalhar como monitor, trabalhava no final de semana aqui no

campus, então eu assumi a UNICAMP assim como uma coisa ... definitiva, desde aquela época. (Entrevista 4)

Em relação à estrutura administrativa da Universidade, tanto as decisões administrativas como as relacionadas ao ensino de graduação eram tomadas por um Conselho de Curadores, formado por representantes da Faculdade de Medicina e do Instituto de Morfologia, então em formação. As atas das reuniões do Conselho dessa época revelam o período inicial de formação da Universidade sem que se possa ainda vislumbrar o perfil do que viria a se constituir a UNICAMP. O Conselho de Curadores tinha em mãos uma série de decisões a tomar, como contratações de pessoal docente e técnico-administrativo, solicitações de recursos adicionais ao Governo do Estado e alguns anos depois, resolver a situação do local de aulas do curso de Medicina. Durante os primeiros anos de funcionamento, a Faculdade de Medicina ocupou dois andares do prédio da Maternidade de Campinas, onde foram instalados laboratórios de histologia e de outras disciplinas necessárias às primeiras séries do curso.

A definição do local de funcionamento da Faculdade de Medicina e de instalação dos primeiros prédios da Universidade consumiu várias reuniões do Conselho de Curadores e foram realizadas inúmeras gestões para, prioritariamente, solucionar a situação do curso médico. A Faculdade de Medicina possuía um contrato de locação de vinte e dois meses para funcionar de forma precária nas dependências da Maternidade de Campinas, a vencer em 31/12/1964. Em ofício de 18/11/1963, de Eduardo Almeida, Presidente da Maternidade de Campinas, a Mário Degni, o segundo Reitor da Universidade de Campinas, foi solicitada antecipação de dois a três meses da devolução do prédio, para construção da Estação Rodoviária de Campinas (Almeida, Of. s.n, 18/11/1963).

Em depoimento publicado no número especial da Revista da FCM/UNICAMP, comemorativo aos trinta anos de fundação da Faculdade, em 1993, Walter Hadler, Professor Titular de Histologia e Embriologia e primeiro docente contratado pela UNICAMP, referiu-se ao término do mandato do Governador Carvalho Pinto e o início de novo mandato de Adhemar de Barros, como um período de importantes alterações na alta administração da Universidade e na condução política da sua instalação. Contrário às verbas solicitadas pela Universidade, necessárias para

permitir sua instalação, Adhemar de Barros demonstrava a intenção de transformá-la em apenas uma faculdade, que seria a Faculdade de Medicina, a única que havia iniciado seu funcionamento (Faculdade de Ciências Médicas, 1993: 6).

O fato concreto é que em 17 de dezembro de 1963, Honório Monteiro, Conselheiro do CEE/SP, em parecer emitido no Processo 138/63, concluiu pela inexistência legal da Universidade de Campinas e irregularidade do funcionamento da Faculdade de Medicina. Em sua análise, o Conselheiro Monteiro lembrou que pela lei, a existência de uma universidade se daria pela reunião de pelo menos cinco unidades de ensino e a Universidade de Campinas havia sido criada apenas com a Faculdade de Medicina de Campinas, incorporada à Universidade na lei de sua criação. O Conselheiro Monteiro concluiu seu parecer pela inexistência legal e irregularidade da função de Reitor da Universidade, opinando pela imediata cessão de suas atividades e recriando a Faculdade de Medicina de Campinas como instituto isolado de ensino superior (Governo do Estado de São Paulo, CEE/SP, Parecer 90/63).

Para tentar solucionar a crise gerada pelo parecer do Conselheiro Monteiro, outro conselheiro do CEE/SP, Zeferino Vaz, apresentou uma sugestão para viabilizar a implantação da Universidade de Campinas, incorporando a Faculdade de Letras de Rio Claro. As demais unidades da Universidade seriam, além da Faculdade de Medicina e da Faculdade de Letras, o Instituto de Morfologia, o Instituto de Biologia e a Faculdade de Engenharia, os três últimos em formação. A segunda parte do plano propunha a criação de uma Comissão de Organização da Universidade de Campinas, subordinada ao CEE/SP. A crise foi contornada, com a formação da Comissão Organizadora da Universidade Estadual de Campinas, presidida pelo próprio Zeferino Vaz e formada também pelos professores Antônio Augusto de Almeida e Paulo Gomes Romeo, iniciando um período que iria mudar definitivamente a história da UNICAMP. Sobretudo, foram fatores de ordem política e econômica que contribuíram para que a nova fase de implantação da UNICAMP fosse bem sucedida.

Lima (1989), em trabalho sobre a criação da UNICAMP, mostrou como as transformações ocorridas na estrutura econômica, nas décadas de 60 e 70, no nível nacional, tiveram repercussões acentuadas na cidade de Campinas e região, como parte do movimento de interiorização da industrialização do Estado de São Paulo. Nesse

período se deu a industrialização pesada e a descentralização da indústria a partir da Grande São Paulo, provocada pelos custos mais elevados da região. Três fatores foram determinantes para a instalação dessas indústrias em Campinas:

*... em primeiro lugar, o desenvolvimento prévio da base produtiva local, de seu arcabouço urbano, da proximidade com a capital e da malha de transportes, atraindo empresas de muitos ramos industriais diferentes; em segundo lugar, as transformações e modernização da agricultura, gerando fortes impactos sobre a agroindústria e sobre as indústrias fornecedoras de insumos e equipamentos; e, em terceiro lugar, a atuação do Estado. (Semeghini<sup>2</sup>, citado por Lima, 1989: 100-2)*

O crescimento a partir da década de sessenta consolidou a produção industrial como a mais importante atividade econômica do município. A interiorização das indústrias de bens de capital e de consumo durável, segundo Lima (1989), foi um fator que acentuou a demanda por mão de obra de nível superior, destacando-se as profissões de engenheiros mecânicos e eletricitas, provocando a demanda por soluções tecnológicas, originais ou adaptadoras de tecnologia importada, que necessitavam de algum tipo de pesquisa. Dessa forma, foram criadas condições objetivas para que se tornasse viável a instalação em Campinas de uma universidade que atendesse a essas demandas (Lima, 1989: 32-4). Outras condições, de ordem político-institucional, relacionavam-se ao regime militar que se instaurara a partir de 1964, cuja corrente nacionalista abrigava em seu ideário o desenvolvimento tecnológico nacional como fator estratégico, ajudando assim a promover a instalação da UNICAMP e até mesmo aceitando em seus quadros cientistas e técnicos contrários ao regime, como relatado nos próximos depoimentos.

Nunca houve, por exemplo, por parte do Zeferino, interferência direta *militar* na Universidade durante o período da Revolução [...] então a Universidade ficou livre dessa interferência militar, da ditadura militar. Claro que tinha, o Zeferino *se dava bem* com esse pessoal, mas como ele dizia, de certa forma "aqui eu faço as coisas que precisam

---

<sup>2</sup> Semeghini, U.C. *Campinas (1860-1980): agricultura, industrialização e urbanização*. 1988. Dissertação (Mestrado em Economia). Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ser feitas". "Não entrem aqui". Não tinha a tal da segunda sessão, não entrava na Universidade. (Entrevista 3)

... por causa da Revolução, o Zeferino foi lá, prometeu pro governo que ele ia trazer os caras mas que eles não iam palpar em política e tal, e como ele tinha muito prestígio trouxe os caras, tudo graduado já, tudo PhD. (Entrevista 5)

A experiência de Zeferino Vaz à frente da FMRP/USP durante doze anos, acrescida de breve passagem pela Reitoria da UnB (Universidade de Brasília), aliada a um inegável dinamismo e carisma pessoal, promoveu um salto na organização da UNICAMP. O conhecimento e entusiasmo que tinha pelo ensino superior o fazia procurar e trazer somente os profissionais que considerasse à altura do seu ideal de universidade. Todas as unidades de ensino da UNICAMP que deram início às suas atividades nesse período têm histórias parecidas sobre os primeiros docentes contratados e a organização de ensino idealizada por ele, a exemplo do que já havia ocorrido na época da contratação de docentes para a FMRP/USP. Uma das maneiras, por exemplo, de "roubar" docentes da USP de São Paulo para Ribeirão Preto havia sido a construção de casas para os professores e um clube de esportes, além do salário (Entrevista 5). Os próximos trechos, relacionados à fase inicial da UNICAMP, mostram que a contratação de pessoas importantes academicamente foi o passo fundamental para a construção do modelo de universidade pensado por Zeferino Vaz.

Ela faz parte das cinco melhores do Brasil sem dúvida nenhuma. E nunca, uma coisa dessas se explica por um fato só, é uma *coincidência* de fatores. Você não pode deixar de lembrar o Zeferino, ele era um homem ... ele era um construtor e ele tinha um grande, um grande respeito, mais do que respeito, ele tinha quase que uma coisa erótica pela Academia, pela qualidade. Então, o que aconteceu, ele *convidou* pessoas importantes do ponto de vista acadêmico [...] o Fausto Castilho, Marcelo Damy de Souza Santos, Rogério César de Cerqueira Leite, Walter Hadler, Cilento, o Sérgio Porto, e essas pessoas, junto com ele, sonharam uma universidade moderna. Segundo, uma fase em que o Brasil tinha recursos para ter isso, tinha recursos, houve recursos. (Entrevista 3)

Outra coisa, o salário do professor era um salário relativamente atraente, era um salário de dois mil dólares. Então, ele conseguia trazer gente de fora do país, gente boa. No começo ele trouxe para a Ginecologia uma meia dúzia de latino-americanos do melhor nível. O Hugo Sabatino, o Faúndes, o Barramondes, o Juan Diaz, alguns professores visitantes ficavam aqui. Campinas, cidade que também ajudou muito, cidade que ninguém

ficava preocupado em *ir morar* em Campinas, era muito perto de São Paulo, trouxe uma certa liberdade de atuação. (Entrevista 3)

Eu me lembro que uma vez ele contratou um docente pra Engenharia de Alimentos, era um húngaro, eu fiquei sabendo porque eu atendi esse húngaro e o cara vinha pra cá, era um cara importante, ele mexia com refrigeração [...] e o cara falou pro Zeferino, "olha, por esse salário não dá não", "eu te dou um carro então, fica um carro por sua conta", "é, mas veja, família *etc*", "eu te arranjo mais um emprego fora". E trouxe o cara. E isso ele não perguntava pra CONSU, imagina se hoje um Reitor faz isso. Ele não dava bola pra ninguém, ele simplesmente falava "eu quero esse cara". (Entrevista 5)

Mesmo contando com idéias inovadoras e a experiência de vários professores que procediam da FMRP/USP, da própria USP, ou da Escola Paulista de Medicina, o curso de medicina na FCM/UNICAMP não logrou a princípio se desenvolver nos moldes daquelas instituições e principalmente no ritmo em que haviam conquistado o respeito da comunidade acadêmica. Diversas razões contribuíram para que a Faculdade de Medicina de Campinas, agora incorporada à Universidade de Campinas, tivesse retardado seu desenvolvimento, com reflexos imediatos no currículo e no ensino de graduação. A prioridade de organizar a Universidade e transformá-la em realidade parece ter sido uma das principais, como analisado no depoimento a seguir.

Eu acho que a criação da Faculdade de Medicina aqui foi uma iniciativa provinciana, ao contrário da de Ribeirão Preto, que foi uma iniciativa do Prof. Zeferino Vaz, em cima de uma ideologia de interiorização da medicina, de criar um curso com uma formação *também* científica e uma formação pra pesquisa e criar até um centro de pesquisa no interior, porque os cursos e as pesquisas estavam todos no litoral, nas cidades, nas capitais. Então ele levou pra lá, não foi a comunidade local que criou o curso de Medicina [...]. *Aqui não*, aqui foi uma iniciativa local, e até houve movimentos locais, [...] porque entendia que a Faculdade de Medicina deveria ser *aqui*. O Prof. Zeferino Vaz foi considerado pessoa não grata a Campinas numa certa época, eu estava em Ribeirão, pela comunidade local, que tinha uma visão provinciana, e a Faculdade de Medicina foi, a meu ver, criada com essa mentalidade de cidade de Campinas, mais provinciana. E ela continua de certo modo um tanto com esse controle, porque mesmo quando veio o Prof. Zeferino Vaz pra cá, com outra mentalidade, pra criar a UNICAMP, ele, por estratégia e por compreensão do momento, ele deixou a Faculdade de Medicina mais ou menos como estava, e procurou criar a Universidade centrada na Física, na Engenharia e em outros setores, onde tinha setor que tinha muitos brasileiros, que se destacaram no exterior, principalmente em pesquisa, em Física, e que poderia voltar com uma universidade nova aqui no Brasil, [...] então criou a universidade com uma nova mentalidade. E a Faculdade de Medicina, que não tinha a mesma mentalidade, continuou um pouco provinciana, talvez. Isso, essa modificação da mentalidade foi

acontecendo aos poucos [...]. E foi uma estratégia que eu acho que foi *certa!* Que aí desenvolveu a Faculdade de Medicina no bojo do desenvolvimento da Universidade. [...] Porque se ele fosse se dedicar no início só à Faculdade de Medicina, talvez ele tivesse sido rejeitado pelas forças locais, no início, então eu acho que a visão dele foi correta. [...] Então ... ele não entrou de modo decisivo na Faculdade de Medicina, não vê a *cabeça* do Zeferino Vaz na Faculdade de Medicina daqui, tem em Ribeirão Preto [...] e aqui a figura do Zeferino está na Universidade, o retrato do Zeferino está na Universidade, *não* na Faculdade de Medicina e, ao contrário, em Ribeirão Preto o retrato do Zeferino *está* na Faculdade de Medicina. (Entrevista 7)

## **Da Santa Casa ao HC.**

*Durante* os anos de 1963 a 1966 foram realizados contratos para os professores das cadeiras básicas do curso de Medicina, como Genética e Bioestatística, Anatomia, Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia, Microbiologia, Parasitologia e Anatomia Patológica, tendo se iniciado a instalação das cadeiras de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica (Faculdade de Ciências Médicas, 1993: 7). No princípio do ano letivo de 1964 o funcionamento da segunda série do curso foi susado e só se iniciou, sob calendário especial, quando completadas as instalações e montados os equipamentos necessários (Governo do Estado de São Paulo, CEE/SP, Parecer da Comissão de Legislação e Normas, 30/08/65).

Em 12 de abril de 1965 os alunos da Faculdade de Medicina realizaram uma greve simbólica de vinte e quatro horas, com o lançamento de um manifesto contra as instalações e condições provisórias e o atraso na construção da Cidade Universitária. Por esta data já havia sido doada por Caio Pinto Guimarães ao Governo do Estado uma área para instalação da Universidade. Sob o título “*Acadêmicos de Medicina realizam passeata do silêncio*” (sic), o jornal Diário do Povo, de 14/04/1965, trazia a seguinte reportagem:

*Alunos da Faculdade de Medicina, que em assembléia da classe decidiram declarar-se em greve simbólica de 24 horas, em sinal de protesto por continuarem a ocupar, para as aulas, o prédio da Maternidade de Campinas realizaram ontem passeata do silêncio. Percorreram os universitários as ruas centrais da cidade, em filas, abrindo o desfile um cartaz alusivo ao movimento através do qual*

*visam seja iniciadas a construção da Universidade de Campinas. Em seguida à passeata, dirigiram-se à Fazenda Santa Candida, onde deram início simbólico da construção da Cidade Universitária. No clichê um aspecto da passeata realizada pelos universitários de medicina, com uniformes característicos e observando durante todo o decorrer do desfile, o mais absoluto silêncio, apenas revelando o motivo do movimento, que é o da construção da Faculdade de Medicina. (Jornal Diário do Povo, 14/04/65, pg. 7; ortografia original).*

As manifestações dos alunos da Medicina em relação à precariedade das condições de ensino passaram a se tornar mais frequentes, chegando a interferir até na contratação ou na permanência de docentes.

... na época a insatisfação era muito grande, eu acho, com o regime político, e a gente queria se manifestar e a *gente aprendeu* a se manifestar. Então se manifestava também contra a forma de ensino, nós mudamos professores, pelo menos acho que dois professores na UNICAMP foram *despedidos* por pressão dos alunos, os alunos não gostavam e tiveram que mudar. (Entrevista 4)

... você tinha que sentar, discutir, a gente vivia quase em uma permanente revolução, a gente *tinha medo que fossem fechar a UNICAMP*. Houve boatos de fechar a UNICAMP! Então, o pessoal ficou mesmo numa posição de defesa contra uma série de problemas. [...] Por exemplo, nós não viemos na inauguração do Instituto de Biologia, aqui. O Zeferino Vaz trouxe o governador, não veio *um* aluno, eles tiveram que contratar, pegar ônibus e trazer alunos de dois colégios da cidade pra, claro, ter cara de que tinha estudante. (Entrevista 4)

Em 09/04/1965, no ofício 58/65, do Reitor da Universidade, Mário Degni, dirigido à Secretaria do Estado dos Negócios da Economia e Planejamento, foram solicitados recursos adicionais para a instalação da Universidade e foram assim discriminadas as atividades da Universidade de Campinas, até aquele momento:

*Início das atividades em maio de 1963, com a instalação do Instituto de Morfologia, primeiro instituto do Ciclo Básico do curso médico e afins. Em 1964 é instalado o seu segundo instituto, denominado Instituto de Ciências Biológicas. Em 1965 está sendo instalada a Faculdade de Medicina propriamente dita com funcionamento das cadeiras de Clínica Médica, Cirúrgica e Medicina Preventiva, mais a complementação do Instituto de Ciências Biológicas, com a instalação das cadeiras básicas para*

*o 3º ano do curso médico e afins. Número de alunos: 177.  
(Universidade de Campinas, Reitoria, Of. 58/65, 09/04/65)*

Durante o ano de 1965 as gestões junto aos diversos órgãos do Governo do Estado se intensificaram. Em 12/10/1965, em ofício dirigido ao Presidente do CEE/SP, Oswaldo Müller da Silva, Zeferino Vaz submeteu à consideração do Conselho um contrato com a Irmandade de Misericórdia de Campinas para que a Faculdade de Medicina tivesse possibilidade de ministrar o ensino do curso profissional naquele hospital, enfatizando o valor firmado: *“preço do leito-dia razoável”* (Vaz, Of. s.n, 12/10/65).

Um mês depois, em ofício dirigido à Secretaria de Estado dos Negócios da Economia e Planejamento, Zeferino Vaz solicitou liberação de recursos. *“... a Faculdade de Medicina não dispunha, em vias de começar o 4º ano, de qualquer imóvel próprio, seja para laboratórios como para o hospital”* (Vaz, Of. s.n, 24/11/65). Foram solicitados 200 milhões de cruzeiros.

Finalmente, no início de 1966 foi firmado o convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Campinas e o prédio começou a ser adaptado para receber os primeiros departamentos da Faculdade de Medicina. O convênio veio atender à enorme pressão dos alunos pela resolução do início dos cursos clínicos, porém as instalações da Santa Casa mostravam-se muito precárias em termos de higiene e falta de divisão entre os leitos, dificultando e prejudicando bastante o trabalho dos docentes e a qualidade do ensino (Entrevistas 4, 5 e 8).

No começo não se acreditava que aquela faculdade de medicina, funcionando uma parte clínica na Santa Casa, que era uma barbaridade, os primeiros anos em dois andares da Maternidade de Campinas, que estava em fase de construção, e depois mudamos aqui pro meio de um canal, num lugar que não tinha asfalto, os ônibus encalhavam, sabe, o pessimismo era muito grande. (Entrevista 4)

... fui convidado pelo Prof. Neme pra implantar, ajudá-lo a implantar o Departamento de Ginecologia e Obstetrícia na UNICAMP, e aí resolvi aceitar, em 1965, e fui para os porões da Santa Casa onde funcionava, literalmente no porão da Santa Casa de Misericórdia de Campinas. Lá conheci o Zeferino, o Almeida, o Paulo Romeo, que era o triunvirato que geria a Universidade. A Universidade não era nada mais nada menos do que um andar alugado na Maternidade de Campinas e uma parte da Santa Casa, incluindo o porão onde ficava a Ginecologia e a Obstetrícia. (Entrevista 3)

Então, como lá era muito ruim a gente atendia um tipo de doente [...] era até um tipo de patologia que era desnutrição, abandono, só isso que você atendia. [...], por exemplo, você ia tirar uma história, você tirava uma história com um doente totalmente ignorante, que informava mal, então o treino ficava muito restrito àquele tipo de coisa. [...] Mas a gente achava ótimo, pra nossa época a gente achava uma maravilha porque ao lado dessa dificuldade você vivia muito perto de todo mundo, conhecia todo mundo, o especialista estava ali, acessava todo mundo bem facilmente. Tinha algumas vantagens ... (Entrevista 5)

As enfermarias eram enormes, com muitos leitos colados um ao outro, sem aquele espaço entre um paciente e outro, que preenchesse exatamente as exigências sanitárias mínimas [...], um Pronto-Socorro que não era um pronto-socorro, emergência sim, era feita numa porta, havia uma porta que recebia os doentes, a porta de entrada [...], e essa porta selecionava pra fazer a triagem de quem era grave e quem não era, de quem ia ser atendido e quem não ia ser atendido. Só que o hospital não oferecia condições pra atendimento de emergência também. (Entrevista 8)

A primeira estrutura curricular do curso de Medicina foi instituída pela Portaria nº 2, de 20/05/1963 e compreendia o estudo de doze disciplinas que formavam o Ciclo Básico e dezessete do Ciclo Profissionalizante. O curso seria ministrado em cinco anos e no sexto ano desenvolvido o estágio hospitalar. A seriação e a duração do curso de Medicina foram definidas por meio da Portaria nº 1, de 20/05/1963, do Diretor da Faculdade de Medicina e eram assim distribuídas:

*1º Ano: Anatomia – Bioestatística – Genética – Histologia e Embriologia*  
*2º Ano: Biofísica – Bioquímica – Farmacologia – Físico-química – Fisiologia*  
*3º Ano: Clínica Cirúrgica (primeira parte) – Clínica Médico-Cirúrgica – Medicina Preventiva (primeira parte) – Microbiologia – Parasitologia – Psicologia Médica*  
*4º Ano: Clínica Cirúrgica (primeira parte) - Clínica Médica (primeira parte) – Clínica Ortopédica e Traumatológica – Higiene Mental – Medicina Preventiva (segunda parte); Medicina Psicossomática – Oftalmologia – Otorrinolaringologia*  
*5º Ano: Clínica Cirúrgica (segunda parte) - Clínica Médica (segunda parte) – Medicina Legal e Deontologia – Neurologia – Noções de Direito – Noções de Sociologia – Pediatria – Psiquiatria – Tocoginecologia*  
*6º Ano: Estágio Hospitalar Obrigatório. (Universidade de Campinas, Portaria n. 1/63; ortografia original)*

As disciplinas poderiam ter a duração de um ou dois semestres e seriam ministradas nos institutos de ensino da Universidade. As disciplinas do ciclo básico

seriam ministradas nos Institutos de Biologia, Morfologia, Química, Física e Matemática. O ensino das disciplinas do ciclo profissional seria feito nos departamentos de ensino da Faculdade de Medicina, a serem estruturados no seu regulamento. O currículo não seguia um planejamento, mesmo porque as contratações ainda estavam ocorrendo e o modelo seguido era o de outras faculdades de medicina de São Paulo, origem da maioria dos docentes contratados.

Eu não sei se o currículo da época era um currículo planejado ou se era aquilo que dava pra fazer. Por exemplo, no curso básico, Bioquímica era dada no 2º ano, em paralelo com Farmacologia, se não me engano, quer dizer, Bioquímica é muito mais básica, teria que ser no 1º ano, eu acredito que ela só não era no 1º ano porque talvez quando a faculdade começou a funcionar não tenham conseguido contratar um grupo de professores pra Bioquímica. Eu me lembro que Psiquiatria, por exemplo, durante o período do curso só tinha um professor [...], de repente contratou-se um grupo grande de psiquiatras que vinha aí uma vez por semana, [...], mas de uma forma geral eu praticamente não aprendi, até alguns alunos da minha sala, do mesmo ano, viraram psiquiatras, mas eles foram se virar em estágios por aí porque o que a gente teve de formação de Psiquiatria [...] era totalmente improvisado e em alguns períodos só existia um docente, tempo parcial. (Entrevista 4)

Mas muita coisa foi cópia do que se fazia em outras faculdades, com *alguma* idealização individual de um ou outro professor. Fundamentalmente repetiu-se o que estava sendo em outras escolas. [...] É, porque havia uma influência de vários professores, eu não sei se vários, mas principalmente das cadeiras básicas, tinham vindo ou da USP, USP de São Paulo, ou de Ribeirão, que era USP também. (Entrevista 1)

O perfil desejado na época de graduação eu acho que não era um perfil desejado pelo conjunto dos professores porque não existia muito isso. E cada um pegou seu espaço e foi desenvolvendo seu espaço. (Entrevista 5)

... na época da minha graduação, o perfil era feito meio por imitação das outras faculdades, principalmente Ribeirão, talvez um pouco a Escola Paulista. [...] na verdade nessa ocasião não existia nem uma participação de alunos, nem de comissão nessa primeira fase, nos primeiros anos, 1º, 2º, 3º ano, as coisas iam acontecendo e a gente era ... inserido nessa programação. Eu acho que nos primeiros anos, até o 3º ano, só tivemos cadeiras básicas, então tivemos alguns cursos básicos, bons, sofria-se um pouco, o número de docentes era pequeno, o material não era totalmente satisfatório, e não havia nenhuma discussão sobre que tipo de médico formar, qual era o perfil desejado do médico, era simplesmente fazer na Universidade de Campinas o que se fazia nas boas faculdades do país. (Entrevista 5)

O primeiro grande problema é que nem tinha sequer um perfil desejado, um perfil definido. A faculdade, o ensino médico todo acho que no Brasil, ele era sustentado em cima de alguns paradigmas, e um deles era a formação do especialista, do médico que fosse atender o consultório na clínica privada, com muito sucesso profissional, claro, *bem formado*, um médico de bom conceito, mas não muito mais do que isso, e *no ensino* como de um modo geral, ao nível da universidade brasileira, as grandes preocupações da gente eram assim, exatamente esses desvios todos, não havia, por exemplo, um *currículo* que desse a mesma oportunidade a todos os alunos, o currículo era meio ... tinha aquele currículo geral, que tinha que ser cumprido formalmente, quer dizer, o número de carga horária principalmente, de cada disciplina, número horas ... (Entrevista 8)

A constituição do corpo docente da Faculdade de Medicina atraía por um lado médicos da cidade, que viam ali a oportunidade de uma carreira docente na Universidade, em tempo parcial, e também docentes sem titulação de outras faculdades, que procuravam apenas obter o título, sem se comprometer com o ensino. Em um dos concursos para preenchimento das cadeiras chegou a ser contratado o terceiro colocado, pois o primeiro não tinha intenção de ficar, apenas obter o título, e o segundo colocado não permaneceu por problemas de relacionamento com os alunos. Em outros casos os candidatos possuíam a titulação, porém não a vaga na faculdade de origem, beneficiando assim a Faculdade de Medicina de Campinas.

Os primeiros docentes daqui, o de Citologia veio de Ribeirão, Fisiologia de Ribeirão, Anatomia veio de São Paulo, o restante acho que veio de São Paulo, então eram pessoas graduadas, esses primeiros médicos contratados eram pessoas graduadas, como docente em geral já numa fase avançada da carreira médica. Eu acho que dois ou três deles eram docentes que, embora tenham alcançado titulação, não tinham a vaga correspondente na escola deles, então eles tinham a titulação pra vir, de professor titular, alguns deles, ou pelo menos numa fase bem avançada da carreira, mas que no local deles que era então USP, Paulista ou Ribeirão eles não teriam tanta chance como teriam aqui de criar alguma coisa. (Entrevista 5)

*Na época* as pessoas estavam *tentando* ver o que dava pra fazer, quantos docentes dava pra contratar e as deficiências eram *enormes*. E vários, muitos dos professores, na verdade *usavam* a faculdade pra dizer que era professor, não sei se você já ouviu a história da jabuticabeira? Uma jabuticabeira onde a gente passava um bom período do curso porque tinha que esperar os docentes terminar as consultas deles *fora* da FCM, na época era *INPS*, pra depois ir dar aulas, então às vezes os alunos ficavam das duas e meia até as *quatro* e meia, lá debaixo da jabuticabeira, sentados, esperando. Então eu acho que o currículo antigo não era o currículo desejado, era um currículo *precário*, por falta de recursos e de pessoal competente, que pudesse se dedicar. (Entrevista 4)

Quando começou o terceiro ano então começaram as cadeiras clínicas. Aí mais uma vez houve um concurso pra escolha do Chefe da Clínica e ele trouxe um modelo pronto. Primeiro foi um, o primeiro colocado nesse concurso acabou utilizando o concurso só pra titulação e ficou lá no lugar de origem dele, que era na USP, não veio pra cá, chamaram o segundo colocado e ele trouxe a maneira dele de ensinar Clínica Médica. [...] Então ele formou a cadeira dele exclusivamente com médicos da cidade, eram médicos na sua maioria jovens, formados em boas escolas, que queriam ter atividade docente, queriam participar da UNICAMP. Contratou aí, sei lá, uns oito médicos e novamente não havia nenhuma participação nossa, até por total inexperiência, por falta de modelo, não tinha [...]. Então ele formou a cadeira dessa forma, e ele seguia novamente o perfil que ele viu na USP. (Entrevista 5)

Naquela época não existia uma análise desse perfil desejado do médico porque não tinha gente pra refletir sobre isso, cada um que vinha tentava fazer o melhor possível na sua cadeira [...] Aí depois começaram outras cadeiras de especialização, mas nós não tivemos todas as especialidades, tinha Otorrino, Oftalmo, que eram coisas muito fortes aqui em Campinas, e existiam em Campinas alguns professores graduados, mas que não estavam em faculdades [...]. Na Neurologia era um professor titular que tinha acabado de perder um concurso na USP [...] botou a sua maneira de ensinar e contratou gente que se encaixasse na maneira dele e eram realmente professores jovens, valorosos, mas sem vivência acadêmica. A mesma coisa aconteceu, por exemplo, Anatomia Patológica, era o Prof. Lopes de Faria, que ficou aqui trinta anos, ele tinha prestado concurso em São Paulo, tinha só uma vaga de titular, a vaga ficou com outro, ele não quis ficar lá e ele veio pra cá. (Entrevista 5)

A partir da organização das disciplinas e dos futuros departamentos, o currículo do curso começou a sofrer novas influências e a passar por discussões de tendências diversas. A formação médica voltada para o mercado de trabalho das especialidades prevaleceu no início, principalmente em função da organização do sistema de saúde, tanto governamental como das primeiras empresas de medicina de grupo. À medida que as disciplinas foram organizadas e contratados novos docentes, outras visões foram sendo também incorporadas.

A implantação do Departamento de Medicina Preventiva e Social, em 1965, trouxe novos conteúdos teóricos para o interior do curso e projetou a idéia da prevenção no ensino de medicina. Por outro lado, a participação dos alunos nas discussões de ensino crescia e se mesclava às reivindicações políticas gerais do período do regime militar. O movimento das assembléias paritárias chegou à UNICAMP e, dentro do curso de Medicina gerou uma intensa discussão sobre os objetivos de ensino. Nenhum desses movimentos foi capaz, no entanto, de gerar uma proposta que integrasse

a formação do médico geral às necessidades de saúde da população, uma das principais proposições dos organismos de saúde internacionais, como a OPAS, e de educação médica nacional, como a ABEM, que buscaram durante todo o período redirecionar o perfil dos médicos formados no Brasil e em outros países, conforme abordado nos capítulos I e II deste trabalho.

Durante os primeiros anos surgiram propostas de ensino, no currículo de Medicina da FCM/UNICAMP, que se destacaram por pensar, já naquela época, a integração do ensino das ciências básicas à formação clínica; a inserção do aluno na comunidade desde o início do curso ou mesmo pautar o currículo por objetivos de ensino e pelo perfil desejado do médico a ser formado. Essas propostas, contudo, foram pontuais, nascidas do pensamento individual de poucos professores ou de um departamento, sem que fossem incorporadas pelo restante do corpo docente em um projeto articulado da Faculdade, além de se contraporem às demandas do mercado de trabalho e às expectativas dos próprios alunos. Os trechos a seguir ilustram tendências divergentes de educação médica do período, vistas pelos sujeitos da pesquisa. Ainda que não houvesse na época uma discussão sobre o “perfil” idealizado pela escola médica como se dá atualmente, a formação do especialista era a de maior prestígio social e financeiro e, portanto, acabou se sobrepondo à formação geral, vista como “*médico para país pobre*”. Os depoimentos mostram também a dificuldade de se traduzir o campo do conhecimento médico para o campo do ensino, questão presente até hoje como uma das grandes dificuldades enfrentadas pela escola médica na busca da inovação curricular.

O perfil desejado do médico na época de graduação, tinham várias visões, [...] mas era fundamentalmente um médico especialista, que era quem tinha prestígio, quer dizer, todos os concursos eram para médico especialista, quem ganhava lá fora era médico especialista, quem tinha prestígio era o médico especialista, tanto que se formasse um clínico geral dava impressão assim de um doutor que não teve acesso à especialização, quer dizer, era um ser ... de segunda classe. [...] Então na época todo mundo queria ser especialista. Eu fui um que fiquei na Clínica Geral, me arrependi muito na ocasião porque as oportunidades para Clínico eram muito pequenas, trabalhava-se muito e tinha pouco acesso a coisas novas, na época eu saí e prestei concurso, por exemplo, todo mundo trabalhava menos do que o clínico, o clínico atendia um monte de consultas, os outros ficavam lá esperando uma cirurgia boa e ... enfim, o modelo era do especialista. (Entrevista 5)

Teve uma passagem pela escola de uma tendência muito forte do behaviorismo. Então, nós tivemos lá um grupo de professores, o Mário Chaves, da Kellog, que é uma pessoa fantástica, deixou escritos muito interessantes, estimulou e até financiou um projeto *bem* behaviorista de ensino médico. Então se dividia aquilo, fazia-se uma taxonomia entre capacidades psicomotora, intelectuais, cognitivas, emocionais, e se tentava montar um currículo em função disso tudo. Como é que nós vamos desenvolver essa capacidade psicomotora, emocionais, cognitivas ... É interessante como um exercício pro professor, mas no fundo quando você vai *colocar* isso na prática, você vê que é no aprender fazendo que se dá tudo isso ... (Entrevista 3)

Eu me lembro que existia grande discussão na época, se a FCM deveria formar um médico *generalista* ou se devia formar um especialista, e essa discussão ... eu nunca soube realmente qual foi o resultado final, mas é um *debate* que existia na época e eu nunca entendi muito bem também o que eles chamavam de *generalista*, usava-se até o termo "pé descalço", o pessoal citava medicina chinesa, muita gente era contra ter até curso básico, queriam diminuir *ao mínimo* o curso básico de medicina porque o problema de saúde no Brasil não dependia de grandes conhecimentos básicos ... (Entrevista 4)

Esses conceitos aqui eram praticamente os mesmos atuais, isso está patinando aí de 70 pra cá, principalmente, esses conceitos de médico geral, comunidade *etc*, estão patinando, grande parte das coisas não foram idéias brasileiras, veio de fora, veio do exterior, veio de organizações internacionais, com idéia de médico pra país subdesenvolvido, isso não é dito desse modo, porque seria ofensivo até entender isso, mas até alguns financiamentos vieram de entidades internacionais que apregoam o médico geral, umas porque acreditam, alguns porque acreditam nisso, e outros até porque seria o médico pra pobre, em outras visões. (Entrevista 7)

Bom, o problema é o seguinte, é que falar de currículo naquela época era como ... xingar a mãe deles. Curriculum para eles era uma ofensa. Por conta da programação curricular, eu tinha visto como que tinha sido organizada a Universidade de Valle, que naquela época era uma das melhores faculdades do mundo. Tinha trabalhado na Universidade Nacional, tinha vivido o problema lá da medicina pública. Então eu sabia que era necessário e era possível de trabalhar. [...] Eles não sabiam o que era um curriculum, e quando *a gente* falava em objetivos gerais, objetivos específicos, avaliação de curso, sistemas pedagógicos de ensino, diziam que isso era frescura, porque eles tinham aprendido medicina *sem isso*, que eles estavam ensinando *sem isso*, que isso não servia para nada. (Entrevista 6)

A constituição do DMPS (Departamento de Medicina Preventiva e Social) da FCM/UNICAMP, em 1965, teve como suporte teórico os seminários internacionais sobre o ensino da Medicina Preventiva, realizados pela OPAS em Viña del Mar (1955) e Tehuacán (1956). Desde o início esse departamento orientou-se pelo

modelo proposto nesses encontros, com respeito à sua organização disciplinar e à busca do desenvolvimento de atividades práticas de caráter experimental que dessem suporte ao ensino da Medicina Preventiva na coletividade (Andrade, 1995: 81).

Um grupo de profissionais das áreas de ciências sociais foi contratado e a primeira atividade proposta como prática externa ao hospital surgiu em 1966, a partir da escolha de um bairro na periferia de Campinas, onde os alunos pudessem apreender as relações entre saúde, doença e condições de vida e iniciar uma atuação clínico-preventiva. Esse trabalho foi realizado no Bairro Jardim dos Oliveiras, compreendendo 795 famílias, num total de 3.802 pessoas (Tobar-Acosta<sup>3</sup>, citado em Andrade, 1995: 82).

... esta preocupação de um departamento e de uma faculdade ter cientistas sociais coloca-se para mim como uma questão inovadora. Na década de 60 esta foi uma preocupação [...]. E o Brasil entra nesta discussão, traz para as escolas que vão ser criadas a partir dos anos 60, especialmente, a nossa faculdade é de 63, traz esta preocupação. Qual era a preocupação? A preocupação era de, frente a um currículo estruturado no recorte exclusivamente, ou quase que exclusivamente, biológico, havia a necessidade de se anexar outras disciplinas, outros cursos, outros temas. (Entrevista 2)

Se fôssemos pensar em termos do *todo*, nós poderíamos dizer que, embora tendo nascido com as marcas clássicas de um curso médico, estruturado em disciplinas básicas e disciplinas profissionais, o curso básico até separado da escola médica porque todo ele feito no Instituto de Biologia e depois, a partir dos anos clínicos e profissionalizantes feitos na Faculdade de Ciências Médicas especificamente, apesar de ter tido este formato, alguns momentos foram *inovados* dentro desse curso mais clássico ... (Entrevista 2)

O fulcro das inovações e das renovações curriculares passou nessa época pela criação de departamentos de Medicina Preventiva e Social nas escolas médicas e esses departamentos se tornaram os grandes inovadores porque levavam para o interior do currículo disciplinas como Epidemiologia, Administração de Serviços, Planejamento em Saúde e as Ciências Sociais, que nesse momento recebiam o nome de Ciências da Conduta, tradução do termo Behavioral Science, denominação que nos Estados Unidos

---

<sup>3</sup> Tobar-Acosta, M.I. *Diagnóstico de saúde em membros de um grupo de famílias do bairro Jardim dos Oliveiras, município de Campinas, Estado de São Paulo; comentários sobre aspectos metodológicos e técnicos concernentes*. 1972. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

fazia parte do currículo das escolas médicas desde a década de 60 (Entrevista 2). A necessidade e a importância da introdução e da extensão dessas disciplinas no currículo do curso de Medicina da FCM/UNICAMP, contudo, não foi compreendida, por professores e alunos.

... tinha um número de horas no nosso currículo que era muito grande e aquilo perturbava um pouco porque tinha aula de Antropologia, Serviço Social, um monte de coisa que não era aquilo que a gente imaginava na carreira médica. A Medicina Preventiva acabou sendo assim uma parte muito grande no nosso currículo na fase inicial. (Entrevista 5)

Quem fazia um barulho muito grande na época com currículo era o Departamento de Medicina Preventiva. Você já deve ter ouvido falar do Prof. Tobar, Sérgio Arouca, a esposa do Sérgio Arouca, a Ana Arouca. Era um pessoal que tinha uma visão bem diferente do que dominava na época a faculdade de medicina, que eram os médicos que faziam esse tipo de assistência sem pensar muito em medicina social [...]. Esse departamento era um departamento muito atuante, mas ele estava muito dissociado do que a *maioria* dos docentes da FCM desejava, porque era uma medicina menos voltada pra atuação em internação em hospital, era uma medicina mais socializada e mais voltada realmente pra necessidade *da época*, de um país com uma população muito carente ... (Entrevista 4)

... a maioria era conservadora, para o mercado que já existia, eram médicos principalmente de Campinas, eram os médicos mais bem sucedidos da cidade, e não queriam nem saber dessa história de medicina social, preventiva. (Entrevista 4)

A proposta clássica era uma proposta hospitalocêntrica e a proposta da Preventiva, desde as suas origens até hoje, é uma proposta de atuação *fora* do hospital. [...] eu acho que houve um momento, até para firmar posições, para levar avante um projeto mais revolucionário do que de reforma, você trabalhar com a idéia de que o estudante deve sair do hospital para a comunidade, que era a marca do trabalho dos anos 60, 70, você selecionar, por exemplo, um determinado bairro para servir como laboratório de trabalho docente e discente, esta foi a marca do nosso trabalho e esta para mim é uma característica de inovação no currículo que esta escola incorporou. (Entrevista 2)

... as reformas curriculares tentadas e realizadas, elas talvez foram mais conjunturais do que estruturais [...]. Pela experiência que eu tive durante esses anos, por *alguma* participação dentro das comissões de reforma curricular [...] penso que nunca se tentou algo que *transformasse* a estrutura *mesmo* com esta inovação que eu acredito [...] muitas vezes sentia-se que havia por parte de um grupo de pessoas uma idéia da necessidade da mudança, mas ela não ocorria no todo, ela ocorria nas partes, e ela ocorria com muita força dentro do Departamento de Medicina Preventiva e Social, talvez porque

estivéssemos muito mais aderentes a um projeto que tinha características diferentes da proposta clássica. (Entrevista 2)

A participação estudantil nas discussões de ensino do curso de Medicina na FCM/UNICAMP esteve muito presente, seja nos protestos contra as precárias condições de ensino na Santa Casa, seja na contratação de docentes e nos métodos de ensino. No entanto, o papel da prática médica dentro do modelo econômico vigente e a possível contribuição da Universidade na mudança da realidade de saúde do país parecem ter ficado circunscritas a alguns movimentos, dentre eles o das Comissões Paritárias, de 1968.

A paritária foi um momento político, baseado um pouco naquele movimento de 68, no fundo era um movimento *político*, sempre houve muita liderança nessa coisa, mas se discutia currículo também. Quem teve muita liderança nisso foi o pessoal da Medicina Preventiva [...] e aí se discutiu muito o currículo em função de interesses políticos, legítimo não é, e a visão de campo, a epidemiologia, a questão do acesso ao sistema de saúde, a pobreza, a organização do sistema de saúde, e aí entrava também a coisa da prevenção, da detecção precoce, da educação para a saúde, foi também uma visão muito interessante. [...] então houve um certo despertar de consciência da UNICAMP inclusive dentro do currículo, de uma visão um pouco mais de política de saúde, e do papel do hospital universitário no contexto do sistema de saúde, no contexto político do país, um papel que *transcende* ao ensino. E aí a discussão ia muito pro lado de que "bom, o que que adianta eu ensinar bem a tratar de hipertensão, a tratar de diabetes se eu estou formando um médico sem uma consciência crítica da sociedade?" (Entrevista 3)

... nessa reunião que nós fizemos, a Comissão Paritária, foi a primeira e única que se fez no Brasil durante o regime militar ... Esse foi um triunfo nosso. [...] Nós passamos duas semanas, professores e alunos, discutindo assuntos concretos. E eu acredito que foi uma das coisas mais bonitas que eu já vivi, porque nós nos reuníamos à noite, avaliávamos o que tinha sido feito durante o dia, e planejávamos o que tinha que ser feito no outro dia. [...] nós discutíamos os temas de noite, elaborávamos por escrito, apresentávamos para os chefes de grupo e eles discutiam com os alunos e com os outros professores em grupos que estavam distribuídos pela Santa Casa de Misericórdia. (Entrevista 6)

... eu também participei muito dessas reuniões ... na verdade era também de poder [...] o "paritária" aí era com relação a poder, quer dizer, os alunos queriam ser ouvidos e participar, como hoje tem Congregação, nos departamentos, então a luta era pra isso. Mas também eu me lembro, estava embutido nisso aí também a discussão do método do ensino, teve uma época que o pessoal não queria mais aula expositiva, o pessoal queria sentar e fazer discussão, coisas desse tipo, que o professor desse o roteiro. [...] Mas parece que o que se queria era *muito mais* do que o que existe hoje. (Entrevista 4)

O resultado praticamente foi o fato de ter feito, mas não surtiu nenhum benefício porque todo mundo estava com medo ... Houve propostas, inclusive na reunião final, que foi no Instituto Agrônômico, nós fizemos propostas formais que houve protestos por parte de Zeferino ... no houve uma questão *concreta* em um determinado assunto de "vamos fazer", *mas se criou uma coisa que para mim foi muito importante, a consciência social na medicina.* (Entrevista 6)

Seja em reuniões de caráter político ou nas discussões sobre o curso, o fato é que os alunos procuravam pressionar por melhorias no curso, mesmo quando não tinham um modelo a seguir. Esse fato ajudou a caracterizar o curso de Medicina e a própria UNICAMP como um espaço de liberdade de discussão e proximidade entre docentes e alunos.

O papel do aluno nessa ocasião era cobrar quando estava ruim. O Centro Acadêmico participava bastante, mas não tinha experiência para saber, não tinha um modelo, não tinha experiência nenhuma ... (Entrevista 5)

... *desde o início eu ouço falar em reforma curricular, inclusive os alunos.* Eu participei de uma comissão, *no 1º ano*, onde tinha alunos do 1º ao 5º ano [...]. Então tinha uma comissão com um ou dois alunos de cada sala, para pensar no currículo, e a gente convidava docentes pra discutir. [...] Então, sempre existiu aqui na FCM essa característica de se discutir muito o curriculum. (Entrevista 4)

Em 71 foi a coisa do behaviorismo. Em 77 foi uma discussão igual a essa, igual a tantas ... Foi feita essa discussão. Mas ... elas foram muito boas, como discussão, não é? (Entrevista 3)

No fundo, eu acho que o *sucesso* da UNICAMP, inclusive o sucesso em termos de ensino, veio muito desse cadinho de muita *liberdade* [...] tem muita liberdade, muitos movimentos que começavam, nasciam, viviam, morriam, eram substituídos por outros, mas no fundo, nenhum desses currículos foi seguido à risca. Eram movimentos que tinham influência, claro, os professores participavam daquilo e inevitavelmente transmitiam aos alunos, os alunos também participavam, havia uma maior proximidade na UNICAMP, não sei se ainda há, acho que ainda há, entre alunos e professor [...]. Na UNICAMP os alunos participavam muito mais do processo, inclusive na elaboração do currículo, do ensino-aprendizagem, da *vida*, da intimidade *etc.* (Entrevista 3)

A participação dos estudantes nas discussões de ensino, durante os anos 70 e 80, foi responsável por uma importante alteração curricular, realizada em 1982 e registrada a partir do catálogo de cursos de 1983, com a mudança da duração do

Internato de um para dois anos. O Internato corresponde ao período em que os alunos passam pelo treinamento em serviço, atendendo aos pacientes sob supervisão docente e passando pelas diversas áreas médicas em sistema de rodízio. Os catálogos do curso de Medicina da FCM/UNICAMP, de 1972 a 1975 apresentam o Internato com duração de um ano, com o rodízio clássico entre as áreas gerais da Medicina (Clínica Médica e Cirúrgica, Pediatria, Tocoginecologia) e estágios opcionais de 12 ou 48 semanas nessas áreas e em especialidades médicas. A partir do catálogo de 1976 os opcionais deixaram de existir e o Internato passou a ter disciplinas fixas, ainda com a duração de um ano (Anexo 3).

Bem, o Internato tinha áreas de opcionais que não eram muito grandes no papel, eram períodos de opcionais, seis semanas, oito semanas, doze semanas, mas *na prática* elas eram muito grandes, principalmente até 75, 74, 73, era possível o aluno ficar ligado ao Departamento de Pediatria desde o 3º ano, mais ligado, e fazer o mínimo suficiente pra passar nos outros, pra terminar no 6º ano já um pediatra, quase. E vários fizeram Pediatria, por exemplo, sem ter feito Residência de Pediatria, saiu daqui pediatra! [...] ... então, informalmente essa certa especialização precoce ocorria *muito mais*. Então a idéia de tirar esses opcionais também saía nos seminários um tanto pra *evitar isto*. [...] Então foi entendido que era melhor tirar o opcional totalmente pra que até o final do curso de graduação tivesse teoricamente a mesma preparação. (Entrevista 7)

A duração do Internato vinha sendo objeto de discussão desde o início dos anos 80, em seminários internos da FCM/UNICAMP (Entrevista 7). O processo de tomada de decisão, assim como a implementação da proposta de mudança, demonstrou que a idéia já se encontrava amadurecida e era sentida como necessária para dar ao aluno uma base mais sólida no treinamento em serviço. A proposta foi decidida em votação na Coordenadoria de Graduação, órgão então já existente, mostrando também o caráter democrático dessa decisão, com o voto vencido do próprio Coordenador de Graduação à época (Entrevista 7).

Era uma reivindicação que surgiu, não aqui em Campinas, mas surgiu em outras discussões da ABEM e nacionais, de extensão do Internato pra um ano e meio ou dois anos. [...] E a gente tinha claro que deveria mudar o Internato pra dois anos, e a gente foi discutir isso na Comissão de Ensino. O Dr. Paulo Afonso Ribeiro Jorge (*Coordenador de Graduação*) era frontalmente contrário, porque ele entendia que tinha muitas distorções em todo o currículo e que tinha de iniciar no 1º ano e chegar até o 6º ano. Eu não discordava de

modo nenhum, mas o que a gente via claramente é que nós não tínhamos domínio da situação pra começar no 1º, no 2º ano, no Instituto de Biologia, [...] e a única maneira de fazer é vir de cima pra baixo, é passar o Internato pra dois anos, independente das outras mudanças, e ir espremendo e transferindo as disciplinas de cima pra baixo, apesar de aparentemente incoerente, era a única maneira de ser executada. [...] Então houve uma votação [...] o Dr. Paulo Afonso perdeu a votação [...]. Mas desde que a Comissão decidiu que iria fazer assim, ele deu o maior apoio, pra idéia, e fez tudo o que era preciso fazer, o que cabia fazer para dar andamento à mudança e então foi viabilizada. (Entrevista 7)

... começou um movimento no sentido de não deixar a prática médica só pro finalzinho, quer dizer, você tem um médico com formação teórica, sem botar a mão na massa e aí depois no 6º ano você resolve isso num ano só. Você tinha até o fim do ano um monte de coisas teóricas, os alunos se angustiavam quando chegava no 5º ano, era cheio de aula disso, aula daquilo, e eles achavam que eles já deviam estar mexendo com pacientes. [...] Foi a primeira faculdade a fazer em dois anos, então nós transferimos tudo o que era informação até o quarto ano, aula teórica *etc* e no quinto e sexto ano passou a ser Internato ... [...] Eu lembro que foi um negócio pensado, discutido, difícil porque de repente pra uma ou duas turmas, pra que você pusesse a pessoa que terminou o 4º ano já no Internato, pra essas turmas você tinha que adiantar. Paralelamente tinha a outra turma que não estava adiantada, então tinha ano que você tinha que ensinar duas vezes. Então foi um negócio muito sofrido, algumas pessoas achavam que isso não tinha jeito, que não ia acontecer. (Entrevista 5)

A implementação da mudança foi facilitada pelo processo anterior de discussão, pelo apoio da Direção da Faculdade e pela adesão dos principais departamentos envolvidos. Durante um ano as disciplinas de Internato tiveram que ser repetidas para duas turmas.

... pra mudar pra dois anos, de um pra dois, de uma vez só, é uma mudança que pra quem é de fora não percebe bem o tamanho e o trabalho que dá. Como as disciplinas de Clínica, Cirurgia, Tocogineco, Pediatria, Medicina Comunitária, estavam todas no 6º ano, pra você passar uma parte delas pro 5º ano, expandindo o Internato, era preciso, além de passagem de disciplinas do 5º ano pro 4º, do 4º pro 3º *etc* era preciso ser ministrada duas vezes para duas turmas uma disciplina. O curso de Pediatria, por exemplo, ia ter de ser dado no 6º ano para aqueles que estavam no currículo anterior, e simultaneamente no 5º ano, para aqueles do novo currículo, o que é um trabalho duplo, ambulatórios, enfermaria, com duas turmas, durante um ano inteiro, é um trabalho brutal. As disciplinas, Neurologia, por exemplo, teve de dar duas vezes [...] e nós conseguimos mudar, de uma vez, em 1982, de uma vez só, que eu saiba, o único curso que funcionava, que conseguiu mudar de uma vez só, foi o nosso, mas isso aconteceu, aconteceu porque houve esse apoio. O Prof. Leonardí (*Diretor da FCM*) perguntou se isso não era uma loucura, se não era um desatino, se não ia desorganizar o curso. Eu disse "hã, dá pra fazer e a oportunidade de fazer é agora, porque nós temos gente, representantes de cada setor, que é capaz de *assumir* a mudança no seu setor e

apoiar, se passar essa oportunidade provavelmente não acontecerá outra assim". Então o Jarbas, representando a Pediatria, convenceu o pessoal da Pediatria, [...] assim como o Faúndes discutiu internamente lá com a Ginecologia e veio com o esquema da mudança na Ginecologia. [...] Bem, então, na realidade foi executado com uma certa facilidade, porque os departamentos ajudaram. [...] Como os alunos apoiavam, então dos alunos quem lidou com isso, quem ajudou foi a Sílvia Santiago, os outros departamentos tiveram que se adaptar com as dificuldades. (Entrevista 7)

Em meados da década de 70 a UNICAMP iniciou os planos para construção do hospital universitário, no entanto, desde 1969 a FCM/UNICAMP já constituía uma comissão nesse sentido, presidida por Sílvio dos Santos Carvalhal. Em 1975 foi lançada a pedra fundamental do HC e em 1986 o hospital foi inaugurado oficialmente, transferindo-se da Santa Casa de Misericórdia de Campinas todos os serviços, os departamentos e a administração da Faculdade. A FCM/UNICAMP passou a ter não somente um hospital de qualidade incomparável aos recursos da Santa Casa, mas também a fazer parte integrante do campus da UNICAMP, com reflexos nas instâncias administrativas, acadêmicas e assistenciais<sup>4</sup>.

E a *briga* maior, que foi *grande* realmente nessa época, foi a transferência mesmo do hospital. Então eu fiz parte do grupo de fato, e eu era representante dos docentes no Conselho Universitário, na época era o Conselho Diretor da UNICAMP, [...] que brigou muito pra que a Medicina se integrasse ao campus, viesse para o campus e fechasse com a Santa Casa, que não tinha a menor possibilidade realmente de mudar na Santa Casa. As condições eram muito precárias, havia muito interesse econômico em jogo, a UNICAMP pagava um preço muito alto, eu não sei dizer hoje quanto, que equivalência tinha, mas era como se fosse um aluguel, ela repassava recursos que seriam da Universidade [...], para a Irmandade lá, para alugar pra gente aquela área e a gente então acaba com o atendimento dos chamados indigentes, naquele tempo eram indigentes, não eram usuários ainda, tão baixa era a atenção que se dava ao paciente. Então a briga maior foi, "vamos mudar porque aqui não vai acontecer nada". (Entrevista 8)

Os impactos dessa mudança no perfil da FCM/UNICAMP, na qualidade da assistência e no ensino de graduação foram vistos pelos entrevistados a partir de diversos enfoques. A qualidade do atendimento e a melhoria nas condições de trabalho docente foram consideradas consensualmente o maior ganho advindo da mudança.

---

<sup>4</sup> A Santa Casa de Misericórdia de Campinas localiza-se no centro da cidade, próxima à sede da Prefeitura Municipal de Campinas. O campus da UNICAMP foi instalado em uma área rural, no Distrito de Barão Geraldo, região norte da cidade, distante 12 km do centro.

Eu acho que sobretudo aspectos qualitativos, que nós tínhamos precariamente as instalações lá na Santa Casa, com um aspecto político até  *muito* desfavorável, era que o pessoal da Santa Casa se sentia *invadido* pelo pessoal da faculdade. E aí foi um tormento até por tudo isto em ordem porque eram duas administrações, a Santa Casa, embora conveniada com a faculdade era administrada pela provedoria e o provedor naquele tempo era um indivíduo tradicional [...]. De maneira que quando isto passou para *um mando só*, que era *da* Faculdade de Medicina, no Hospital das Clínicas, eu senti que se tirou um peso dessa rivalidade que estava acontecendo. [...] nós começamos aqui no Hospital das Clínicas com muito poucos leitos [...] pra atender prioritariamente as condições *docentes* e não assistenciais. E na Santa Casa eram puramente assistenciais. (Entrevista 1)

Houve uma melhora espetacular, espetacular, é incomparável! [...] Quando veio pra cá o negócio começou a melhorar, então nós temos uma amostragem de doentes muito maior, nós passamos a ter muitos casos mais comuns [...] diversificou o tipo de doente, não que não exista esse pobre, é importante até o papel social nosso, mas lá a gente só tinha esse. [...] Nós continuamos a ter esse tipo de doente, mas enriqueceu mais, a amostragem é de todas as camadas sociais, então representam doenças diferentes, enfoques diferentes. (Entrevista 5)

... agora com quartos dignos, com infra-estrutura decente, com mais equipamento, quer dizer, *até* a própria postura do docente muda no hospital mais decente, com mais condições, moderno, de qualquer modo. O doente também se comporta diferente, ser tratado com mais dignidade. Então isso, eu acho que até o *modelo* de atendimento mudou um pouco, se não é o ideal, mas eu diria que mudou demais, foi muito importante para todos nós docentes, não só reciclou, mas a gente pôde se ver melhor, a diferença de atuação nos dois locais e ajudou que cada um realmente incorporasse a necessidade de se *ligar* mais, se envolver mais com as alterações *da* assistência de ensino ... (Entrevista 8)

A mudança para o campus da UNICAMP implicou, além disso, na necessidade de adequar o corpo docente às exigências acadêmicas e até a uma mudança de mentalidade. Existiam docentes contratados em RDIDP (Regime de Dedicção Integral à Docência e à Pesquisa) que mantinham consultório particular simultaneamente às aulas, numa situação completamente irregular frente à Universidade, que somente com o tempo foi enfrentada pela Direção da Faculdade e aos poucos regularizada. Esta situação era também derivada da característica puramente assistencial que a Faculdade ainda apresentava, antes da mudança para o campus.

Isso, essa modificação da mentalidade foi acontecendo aos poucos, e eu relaciono, embora não seja um divisor de água, eu relaciono à passagem pro campus, pro novo hospital, como esse período de transição, pra anexação da Faculdade de Medicina à própria

UNICAMP, em termos assim de compreensão, de maneira. Então a gente está nesse processo de sincronização da mentalidade, da filosofia ... (Entrevista 7)

Como tinha muita demanda de serviço, as pessoas eram contratadas não por necessidade docente só, mas também pra atender doente. Então como o que caracterizava a contratação era essencialmente desenvolver um serviço, durante muito tempo a Faculdade de Medicina não foi uma faculdade que primou por área de pesquisa, ela primou por assistência desde o começo. [...] Esta era a característica da Faculdade de Medicina. [...] Então a gente era de segunda classe na área como cientistas, e era tudo bem pra nós, nós queríamos era criar hospital, criar médico treinado *etc.* Então durante muito tempo foi assim. Nós só melhoramos nesse aspecto depois que nós viemos pra cá. Aí passou a ter biblioteca boa, muita gente foi pro exterior, voltou, aprendeu a pesquisar, mas no início, as pesquisas, os trabalhos publicados, eram todos, praticamente todos, feitos em cima de assistência. [...] Então ela teve uma característica fundamentalmente assistencial ... (Entrevista 5)

A Faculdade de Medicina tinha relativamente poucos recursos, mas, talvez por envolvimento de vários dos professores e por uma ligação mais estreita dos docentes com os alunos, o resultado do curso de graduação era melhor, aparentemente, do que os recursos materiais disponíveis. A gente notava uma certa desproporção entre o que parecia ser a qualidade do médico formado e os recursos materiais disponíveis, na Santa Casa. [...] Depois entrou a Residência, ocupando espaço, interesse, e envolvimento, e intermediando o treinamento, entrando no espaço de treinamento entre o interno e o docente e de certo modo tirou um pouco o espaço dos Internatos, [...] uma outra observação, é que a Faculdade de Medicina aqui sempre teve um envolvimento, com o atendimento da população, muito intenso. Isto foi uma característica, procurar atender, num envolvimento grande com a assistência. (Entrevista 7)

O perfil puramente assistencial que caracterizou a FCM/UNICAMP no período em que funcionou na Santa Casa foi aos poucos se transformando para o de uma unidade de ensino, pesquisa e assistência, condizente com as novas instalações, como também em obediência às exigências de qualificação universitária mínima de Doutorado, que fixou prazos a todos os docentes da Universidade para obtenção desse nível de titulação, exigindo-lhes também participação em pesquisas e orientação de projetos na pós-graduação<sup>5</sup>. Os reflexos no ensino de graduação foram sentidos no

---

<sup>5</sup> O programa de qualificação docente intitulado Projeto Qualidade, instituído pela Reitoria em 1990, fixou prazos para os docentes obterem a titulação mínima de Doutorado. Em 1991 aumentou em 50% o número de defesas de teses em relação a 1989. Em 1995 subiu de 74% para 77,2% o índice de professores com título de Doutor e em 1998 esse índice atingiu 85%. Fonte: página oficial da UNICAMP na Internet ([www.unicamp.br](http://www.unicamp.br)).

distanciamento ainda maior dos objetivos de formação geral, como também pelos espaços que passaram a ocupar a pós-graduação e a pesquisa na vida acadêmica dos docentes, além da implantação de novos programas de Residência Médica. Os depoimentos a seguir registram que nessa trajetória algo se perdeu, pois indivíduos que marcaram fortemente a identidade da instituição não estavam mais presentes, além da maior complexidade trazida pela fase de “maturidade” da FCM/UNICAMP como instituição.

... o fato de as pessoas terem se qualificado foi muito bom, eu registro como uma coisa essencial, o nosso atraso era tão grande, assim, global, como instituição, que as pessoas não eram nem tão qualificadas, mas eram bons profissionais, essa qualidade eles tinham, e como houve uma pressão, para que num tempo mínimo essas pessoas se qualificassem, realmente elas passaram, como docentes, a fazer, como alunos agora, a pós-graduação, [...] mas além disso, digo a produção intelectual muito grande, científica já, você não constrói isso em um ano ou dois, e a gente tinha que fazer isso em um ano ou dois, distanciando mesmo o docente com a graduação, e fazendo com que ele após a sua pós-graduação caminhasse no sentido de querer ser professor da pós e só passasse a valorizar a pós. (Entrevista 8)

Evoluíram, no sentido de qualificar o docente, melhorar o atendimento, porque era uma necessidade imperiosa no Brasil todo, mas *não* ao nível das transformações do ensino de graduação, muito pelo contrário, até como um fruto de tudo o que aconteceu, foi uma diferenciação ao nível do curso e ao nível dos docentes, do perfil dos docentes da Enfermaria da Medicina Geral, da Medicina Interna. Eram níveis todos de muita qualidade, continuam a ser, sem dúvida nenhuma, mas à medida em que eles foram fazendo suas teses, escolhendo áreas de pesquisa, é natural, que eles passassem a se dedicar também à pós-graduação e a seus estágios no exterior, que era um caminho natural. Isso aconteceu, reduziu a carga desses docentes [...] só que é uma mudança que aconteceu, que a gente tem que constatar que aconteceu e não houve substituição dessas pessoas. (Entrevista 8)

... bom, inevitavelmente a ida para o hospital universitário foi um *upgrade* grande. Infelizmente coincidiu, é interessante, porque a medicina em Campinas antes do HC tinha mais peso nacional do que a medicina hoje *dentro* do HC. Aí foi uma questão de troca de pessoas, eu não sei porque, houve uma fuga, uma certa fuga de valores dentro da Universidade. Salário baixo, um ou outro Reitor que não entendeu o processo da Universidade, diretores que não conheciam a trajetória da UNICAMP, sei lá, alguma coisa aconteceu. Mas o fato é que na Santa Casa você tinha *figuras* no ensino das disciplinas que tinham um peso maior do que você tem hoje. Você tinha um Sílvio Carvalhal na Clínica Médica, você tinha um Julião na Neurologia, você tinha Marcelo Cerqueira Santos Machado na Cirurgia, você tinha um Bussâmara Neme na Obstetrícia, um Lopes de Faria na Anatomia Patológica, tinham o mesmo nível que os professores de São Paulo. Infelizmente não é bem

isso o que acontece hoje. Então, fomos pra uma casa mais nova, mas houve uma fuga de valores. Eu não sei explicar isso, eu *lamento* isso, mas parece que houve um apoucamento, um apequenamento, do sonho do que era para ser a UNICAMP. Um distanciamento, eu acho que aquelas pessoas que conviveram no início da UNICAMP tinham isso dentro da alma deles, nós que tínhamos um convívio com o Zeferino *etc* tratávamos da UNICAMP como uma coisa maior e trazíamos para a UNICAMP pessoas do nível que a gente queria que ficasse na UNICAMP. Isso foi acabando ... (Entrevista 3)

O conjunto de fatos e depoimentos apresentados neste capítulo procurou demonstrar que o processo de criação das instituições pode condicionar a construção do currículo e as formas de ensino encontradas na escola. Ao lado das concepções individuais em educação, a análise do processo histórico da instituição permitiu identificar onde e como foram construídas determinadas práticas e tradições no terreno da educação médica.

O próximo capítulo procurará aproximar o foco sobre esse processo, apresentando parte da trajetória de dois docentes do curso e como suas concepções em educação médica, derivadas de suas experiências de vida, foram traduzidas em propostas para o currículo. Em função de trazerem embutidas visões alternativas da forma e do conteúdo do ensino, no primeiro caso, e uma concepção política da formação médica, no segundo, essas propostas contrariaram concepções e modelos clássicos de ensino médico, interesses de carreira e o poder político da Universidade, sendo com isso interrompidas e retomadas as práticas de ensino anteriores, mais voltadas à formação para o mercado de trabalho privado em expansão e à lógica da organização hospitalar, porém incapazes de promover a integração dos saberes envolvidos na prática médica, a formação voltada para as necessidades básicas de saúde de indivíduos e comunidades e a humanização da relação médica.



***EMBATES CURRICULARES:  
propuestas vencidas***



As tendências opostas que existiam entre a formação pretendida do médico geral e a prática realizada por meio do currículo serão apresentadas neste capítulo pelo confronto de idéias contidas nos depoimentos obtidos durante a pesquisa. Duas fases marcantes no ensino da FCM/UNICAMP no período estudado foram selecionadas para ilustrar a tendência observada, mostrando padrões de estabilidade alcançados e resistência à mudança do currículo. Esses dois momentos foram marcados por propostas inovadoras no ensino que ficaram circunscritas às idéias de um docente ou de um grupo dentro de um departamento.

A primeira proposta, nascida do pensamento e da experiência de Sílvio dos Santos Carvalho, do Departamento de Clínica Médica, trouxe à FCM/UNICAMP a idéia da integração dos conhecimentos do ciclo básico e do ciclo clínico, no terceiro ano do curso, dentro dos objetivos da formação do médico geral. Ao lado dessa proposta foi implementada temporariamente a união dos departamentos de Clínica Médica e Cirurgia, buscando uma formação mais completa do ponto de vista clínico.

A segunda proposta, do Departamento de Medicina Preventiva e Social, idealizada por seu fundador, o médico colombiano Miguel Inácio Tobar Acosta, introduziu a idéia do ensino na comunidade. Pelo menos duas razões levaram ao abandono dessas propostas: no caso da primeira, a própria organização departamental, impondo a especialização e fragmentação dos conhecimentos médicos; na segunda, questões de ordem político-institucional do período do regime militar, que culminaram com o afastamento da equipe do projeto e o abandono, dentro dos cenários de ensino, de abordagens mais reflexivas e políticas da prática médica.

Esses dois exemplos de embates curriculares, cada qual derivado de uma ou mais histórias de vida e portadores de valores específicos, demonstraram a complexidade de fatores envolvidos na seleção dos conteúdos disciplinares do currículo médico, envolvendo tanto fatores de ordem filosófica e de desenvolvimento de carreiras profissionais, como interesses econômicos, institucionais e projetos políticos. Goodson (1995) os enxerga como “a caixa-preta” do currículo, que ao ser aberta deve revelar o currículo como conflito social, deslocando conhecimentos e saberes em favor de outros, com maior prestígio e viabilidade social.

## **A formação do médico geral e as propostas de integração anátomo-clínica e clínico-cirúrgica.**

"... não sei se nos demos conta de que a *nova* organização departamental não conduziria à formação de médicos gerais". (Entrevista 1)

O DCM (Departamento de Clínica Médica) da FCM/UNICAMP foi instituído em 1965, com a escolha da chefia do departamento entre três candidatos, mediante apresentação de currículo. Desse concurso, não público, o primeiro colocado, Michel Jamra, não aceitou assumir o cargo por razões particulares, assumindo em seu lugar o segundo colocado, Luiz Carlos Fonseca. Os alunos haviam se manifestado a favor do terceiro colocado, Sílvio dos Santos Carvalhal. Em depoimento à Revista da FCM/UNICAMP, publicada por ocasião dos trinta anos de fundação da Faculdade, em 1993, Adil Samara, docente do Departamento de Clínica Médica da FCM/UNICAMP, afirmou que, a despeito de uma formação clínica abrangente, todos os assistentes contratados pelo departamento inclinavam-se por alguma especialidade. Em conseqüência, a Clínica Médica era ministrada por especialistas, decorrendo daí um "*erro histórico na formação do Departamento*", visto que "*era difícil, quase impossível, não seduzir os alunos a escolher precocemente nossa especialidade*" (Faculdade de Ciências Médicas, 1993: 23).

Seguidos problemas de relacionamento entre o Chefe de Departamento e os alunos, docentes e enfermeiros, culminaram numa crise sem precedentes, quando os docentes se afastaram e os alunos entraram em greve, permanecendo assim até que se retirasse a chefia e Sílvio Carvalhal o substituísse, o que veio a ocorrer em 1967, permanecendo na chefia do departamento durante dez anos, até 1977 (Faculdade de Ciências Médicas, 1993: 23; Entrevista 1).

Aí a Universidade mandou chamar o que era então o terceiro colocado no concurso, [...] que era o Dr. Sílvio, que era uma pessoa que todo mundo queria porque, embora ele não tivesse ganho o concurso, todos nós achávamos que ele devia ganhar porque ele era o cara com formação, era um cara que tinha se dedicado ao ensino, enquanto que os outros tinham se dedicado à carreira, então a gente queria que ele viesse. [...] Então ele veio e colocou um tipo de perfil de médico que era o médico geral. (Entrevista 5)

Essa fase foi marcada por grandes mudanças no ensino da disciplina de Semiologia Médica e pela busca por maior integração das disciplinas do ciclo básico e do ciclo clínico, como também das disciplinas do ciclo clínico. A formação pretendida era a do médico geral e, dentro desse objetivo, a integração anátomo-clínica e a fusão dos departamentos de Clínica Médica e Cirurgia, foram algumas estratégias colocadas em prática pelo novo Chefe do DCM, que marcaram esse período.

Outra frente de atuação sua foi como representante da FCM/UNICAMP na Câmara Curricular (CC), órgão assessor da Reitoria da UNICAMP em assuntos de graduação e pós-graduação. Nessas reuniões, por diversas vezes, foram expostas suas idéias de integração das disciplinas no curso de graduação e de criar especialidades apenas no nível de pós-graduação. Havia também a consciência de que o ensino médico no Brasil deveria trilhar seu próprio caminho, sem seguir modelos de ensino “importados”.

Os trechos a seguir são da Ata da 24<sup>a</sup> Reunião da Câmara Curricular da UNICAMP, com a finalidade de estudar o currículo do curso básico de Ciências Médicas e de Biologia, durante a qual Sílvio Carvalhal foi convidado a expor os programas de ensino do curso de Medicina para o ano letivo de 1971.

*A primeira coisa que lhe parece importante ressaltar na análise que tem feito comparando às reuniões da ABEM, é que se percebe que há por parte dos que estão encarregados da reorganização do ensino médico, uma ansiedade em atingir alguma coisa melhor do que até aqui várias escolas vêm fazendo. Percebe-se com isto que há uma insatisfação, que tem resultado de algum confronto com modelos que são importados principalmente americanos e o mais notório é o da Western Reserve, que instituiu o curso com uma certa modificação substancial nos EEUU em 1952. Mas esta questão de implantar aqui um modelo de outras áreas já foi definitivamente ponderado como não sendo a melhor solução. No último Congresso da ABEM ficou bastante caracterizado que devemos nos inspirar em certos modelos mas fazer a nossa organização aplicada às nossas condições, às nossas disponibilidades. (Câmara Curricular, Ata da 24<sup>a</sup> Reunião, 12/11/1970; ortografia original)*

*Na sua opinião a escola no Brasil que mais integração possui no momento é o Curso de Ciências da Saúde da UnB, primeiro porque já houve uma desvinculação total entre a Instituição do Departamento e uma autoridade que organizou um curso de Medicina recrutando todo o potencial da Universidade. [...] cre que*

*é preciso colocar a importância do curso acima da autonomia do Departamento, com a finalidade fundamental de graduação, atribuindo aos departamentos outras tantas, como os cursos de pós-graduação no nível do Departamento e nesta ocasião com toda a sua autonomia porque a área é limitada. (Idem)*

*De acordo com as condições do país é necessário prioritariamente um médico chamado geral. Nas reuniões da ABEM nunca foi bem definido o que é um médico geral e talvez se deva defini-lo aqui, particularizado, também para cada escola e para cada região, e assim por diante, um médico versátil e porque o mercado de trabalho precisa muito deste tipo de médico, e porque talvez se possa fazer um curso que custe menos, num período menor. (Idem; ortografia original)*

*Pensa ser um progresso porque os alunos se queixam não só do curso pré-clínico mas também da fase clínica. Se queixam, por não encontrar uma motivação que justifique todo o aprendizado que consideram às vezes até excessivo. [...] propusemos uma iniciação precoce também, em lugar de iniciar a semiologia no terceiro ano que é quando o estudante recebe impactos muito grandes, porque nessa ocasião ele penetra no hospital [...]. Esse impacto muito grande dos estudantes no terceiro ano, nos tira um tempo seguramente ponderável de um período de adaptação, que poderia ser contornado se eles estivessem percebendo a importância da semiologia como meio de enxergar, ou de ver sem ver, desde o início. [...] nós pretendemos fazer uma coisa que talvez seja arrojada mas merece certa atenção, é de organizar no curso pré-clínico a aplicação do sentido da expressão semiológica, e até com ambulatorios supervisionados para o fichamento de normais. (Idem; ortografia original)*

A integração anátomo-clínica era uma proposta de ensino que procurava resgatar conhecimentos de anatomia, histologia e principalmente fisiologia, ministrados no ciclo básico, dentro do ensino de Semiologia Clínica, disciplina ministrada no 3º ano médico, quando o aluno entra em contato com os primeiros pacientes e aprende as técnicas do exame clínico, a “*ver sem ver*”. O ensino no Ciclo Básico era considerado inteiramente divorciado do ensino pré-clínico e clínico e a disciplina procurava integrar os conhecimentos do Ciclo Básico no ensino da Semiologia (Entrevista 1). O conceito central da proposta de integração anátomo-clínica era de que historicamente esses conhecimentos haviam sido separados e a disciplina buscava resgatar essa união durante o aprendizado da Semiologia.

A semiologia se chamou também propedêutica, que é uma palavra que vem do grego, *propedeuticum*, que vem antes. E semiologia, também do grego, vem de *semeium*, que é sinal, e *logos*, que é conhecimento, tratado. Estudo dos sinais. Mas o sinal *não é realidade*, é uma *manifestação* da realidade. [...] E dizem que é sinal ou sintoma. Sintoma é o que o doente relata e sinal é a manifestação física de uma realidade qualquer, que em geral é a lesão anátomo-patológica que tem sintomas e sinais. E sintoma, sinal, é do clínico. E um belo dia separaram estas duas coisas, o médico aprendeu *os sinais*, sem *dominar* com familiaridade a própria *razão* destes sinais, que é a anatomia patológica. (Entrevista 1)

Esta separação [...] deve ter acontecido por volta de 1826, quando fundaram em Paris a primeira cátedra de Anatomia Patológica. Então foi um fenômeno que eu acho que é um marco. Ficou muito claro que a Anatomia Patológica foi ocupada por um anátomo-patologista, que *já não* era muito desembaraçado no exercício da clínica. Então, os anátomo-patologistas aprenderam e aprofundaram e ela se deslanchou *muito*, a anatomia patológica, mas perderam o contato com o paciente e tinham o contato com o cadáver ou com as peças do cadáver. Enquanto que os clínicos, que estavam fazendo as duas coisas - há vários exemplos no passado disso, que um clínico verificava as hipóteses diagnósticas fazendo as necrópsias - nunca mais um clínico fez uma necrópsia para verificar as conjecturas de um diagnóstico! Deu uma salada que eu acho que a maioria dos médicos *nem* percebe. Pois separaram a *razão*, a *causa*, das manifestações, que são delas a expressão clínica. (Entrevista 1)

... eu sempre tive a minha formação com a integração de duas áreas, Anatomia Patológica e Clínica, e que hoje e sempre estiveram separadas, e eu acho um *grande* absurdo! [...] nós driblávamos um pouco esta prevenção do aluno do Ciclo Básico em relação ao ciclo clínico, porque o que nós introduzimos de novo desde aquela época era uma integração - isso que estão tentando fazer agora - [...] nós reciclávamos toda a Anatomia, Histologia e Fisiologia, com uma arma *clínica* para descobrir tudo isto no organismo. Então, até ficou uma compreensão bastante nítida quando a gente tinha como objetivo ministrar a matéria que é *descobridora* de coisas, em qualquer campo! Eu posso ensinar Semiologia do Direito Penal, do Direito Administrativo *etc.* É a matéria que colhe as *manifestações* que significam a alteração fundamental. Então, foi muito lógica esta alternativa ... (Entrevista 1)

A proposta de integração procurava também evitar que o ensino de Clínica Médica fosse ministrado por especialistas, outra distorção verificada na maioria dos cursos de Medicina e também na FCM/UNICAMP. A organização departamental previa que cada disciplina deveria ter um docente aprovado por concurso, mas à medida que estes foram sendo contratados, passaram a tomar parte no curso de graduação, aumentando a pressão pela criação de novas disciplinas no currículo médico. As disciplinas passaram a ser ministradas por especialistas, em detrimento da formação geral pretendida.

Quando eu fui para a Unicamp já estava o departamento instituído por lei, em 1968, e a lei dizia "o departamento é constituído pela reunião de disciplinas afins", e a disciplina era o conjunto de matérias relacionadas. [...] a minha idéia é que primeiro eu corrigia a dissociação entre o básico e o clínico; segundo, que era inevitável me incorporar dentro das regras do departamento e tratava de criar os docentes aptos a regerem cada disciplina, e eram pelo menos dez ou doze na época. Era a Semiologia, a Cardiologia, a Gastroenterologia, a Hematologia. Bem, mas o que pra mim constituiu uma certa decepção lá, foi que à medida que eu fui provendo cada disciplina do seu docente, em geral concursado, eu percebi que cada um falava uma língua, e as eventuais reuniões conjuntas acabaram. Então havia reunião de pessoal da Gastroenterologia, da Pneumologia, da Cardiologia, mas não havia uma reunião como antigamente, que todos nós devassávamos os campos de outras tantas áreas. (Entrevista 1)

Cada área era ensinada, pesquisada, em profundidade muito maior do que era a intenção da escola médica. Você há de perceber que as escolas médicas até hoje enunciam que querem formar um médico clínico geral. Eu acho isso uma balela! É uma inverdade porque não se consegue, do modo como se organizou o ensino atualmente, de cada professor colocar na cabeça do estudante a sua área. [...] E eu sempre pensei que isto era um erro, que a parte geral há de ser ensinada por alguém geral, alguém especial ... é como eu sempre disse, estavam convocando gramáticos, filólogos, para o Mobral e alfabetizar as pessoas. [...] Mas na realidade, é, sempre foi e continuou sendo porque não sei se nos demos conta de que a nova organização departamental não conduziria à formação de médicos gerais. (Entrevista 1)

Com o desenvolvimento das especialidades clínicas e a criação das disciplinas dessas especialidades no DCM, a proposta de integração foi perdendo espaço e as disciplinas ganhando autonomia na definição de conteúdos de ensino. Esse processo de ganho de autonomia, prestígio acadêmico e alocação de recursos por parte de uma disciplina foi descrito por Goodson (1988, 1995, 1997, 2001) em relação à história da Psiquiatria e às disciplinas de Geografia e Ciências do curso secundário inglês.

Segundo Goodson, os indícios são de que a tendência para uma qualificação mais acadêmica "*é animada pelo desejo profissional de adquirir a mística da especialização, que assegura um monopólio de poder, recursos e prerrogativas numa esfera específica da prática ocupacional*" (Goodson, 1995: 131). Outra categoria importante relatada por Goodson na história da Psiquiatria, aponta para "*a lacuna cada vez maior entre a mudança de forma e conteúdo do conhecimento profissional e as necessidades e interesses dos clientes/pacientes/alunos, a quem os profissionais estavam originalmente comprometidos em servir*" (Goodson, 1995: 126). Os trechos a seguir

revelam a existência de critérios heterogêneos na definição das especialidades, além da introdução da disciplina correspondente à especialidade no curso de graduação.

Há um pormenor que eu já discutia naquele tempo, [...] era de mudar o *conceito* de especialidade. E simplesmente obedecer ao que a própria palavra significa, especial é uma coisa *menos* freqüente, e de conhecimento *mais* aprofundado, que se destaca do que a gente pode chamar de geral, que é o conhecimento de muitas áreas equilibradamente. Então mudava um pouco o conceito, porque dentro do Departamento de Clínica Médica o *motivo* que acabou obedecido, para a organização das áreas era muito heterogêneo, tanto que se criou, e eu fui um dos responsáveis por isso lá na Unicamp, as áreas específicas disciplinares, e o critério foi de aparelhos primeiro, Cardiologia, Gastroenterologia, Pneumologia, Nefrologia *etc*, e olha a aberração, grupos de doenças, Moléstias Infecto-Contagiosas, Reumatologia, e outro critério, relativo à idade, Geriatria. Então isso pra mim acabou ficando assim uma *salada* muito difícil, nem esta uniformidade de um *critério* pra se definir uma área houve na evolução da organização do ensino médico. Então, a minha recomendação sempre foi esta, nós vamos obedecer a um critério só, que é o de *nível* de conhecimento, geral e especial. Especial o que é? Pós-Graduação. E geral é aquilo que cabe dentro de uma carga horária aceitável, embora ministrado por vários docentes. (Entrevista 1)

... a Unicamp *não* conseguiu estabelecer este critério uniformemente. Lá se instituiu dentro do Departamento de Clínica, a Reumatologia, que é um *grupo de doenças*, as Doenças Infecto-Contagiosas, que é a tal M.I., a Cardiologia que é um *aparelho* do organismo, a Pneumologia que também é o aparelho respiratório. Então essa bagunça de referência que eu acho que deu nisso que está aí. Mas isso não é um grande prejuízo não. O maior prejuízo, e eu andei tentando isto lá na Unicamp, é a *afluência* de um número grande de professores com uma *competência* suficiente pra ensinar *pós-graduação*, meteram estes professores na graduação. (Entrevista 1)

Dessa forma, é admissível que o processo de divisão do DCM em disciplinas por especialidades e sua inserção no currículo de graduação do curso médico, nesse período, tenha ocorrido muito mais em função de interesses de carreira, obtenção de recursos para o departamento e *status* acadêmico do que pelas reais necessidades de ensino e da formação do médico geral. Outros fatores que certamente concorreram para o fortalecimento dessa tendência foram o crescimento do mercado de trabalho das especialidades clínicas e cirúrgicas e da indústria de medicamentos e equipamentos médicos, além da instituição da Residência Médica e da criação das associações e sociedades de especialistas, que passaram a definir e a procurar influenciar, a partir de sua ótica e interesse, os conteúdos a serem ministrados nos cursos de Medicina no país.

... à medida que as áreas iam se desenvolvendo na Unicamp [...] *todas* as disciplinas estavam providas do seu titular concursado, pelo menos com título de doutor, e aí eu acho que se desintegrou tudo. Havia uma questão aí de princípio, eu acho que o ensino não deve ser feito senão em etapas de especialização crescente. Então, numa fase inicial, que seria o término da graduação, com o conhecimento geral de Clínica, de Cirurgia, de Tocoginecologia, de Pediatria *etc*, eu achava que nós devíamos dividir apenas em cinco ou seis áreas *departamentais* e assim no todo, mas sempre com uma perspectiva de dar ao futuro médico um conhecimento geral de cada uma destas áreas, *sem* privá-lo de depois se dedicar a uma das áreas, *nas áreas* departamentais. Com a evolução e a criação de departamento por disciplinas estas áreas foram assumindo a sua autonomia, como áreas específicas, de Cardiologia, Gastroenterologia, mesma coisa foi a Cirurgia. (Entrevista 1)

E essas disciplinas dependiam muito, não só aqui como na USP, da força que tinham os chefes de disciplina, os titulares, na verdade, os coordenadores, [...] para impor, ou para oferecer de qualquer modo, os conhecimentos de sua área. Então quem tinha um pouco mais de influência conseguia uma carga horária maior ou não. E o médico que a gente conseguia era esse, formado num ensino que era centrado principalmente no hospital universitário, que era o nosso [...] na verdade nós não tínhamos um hospital universitário, era uma Santa Casa, com todas as dificuldades, *todo* ele baseado, a formação inicial até 4º ano, na especialidade, então os alunos ao nível, só pra ter uma idéia, de 4º ano, faziam estágios na Gastro, na Pneumo, na Cardio, e outras disciplinas ... (Entrevista 8)

As reações contrárias à proposta de integração pelo corpo docente e discente da FCM/UNICAMP foram interpretadas pelos entrevistados tanto pela ótica da manutenção da tradição como pela questão do poder. Os depoimentos mostram que a proposta de ensino era adequada e funcionava bem na graduação, porém não respeitava a divisão estanque entre as áreas acadêmicas. Alguns depoimentos sugeriram também certo radicalismo e mesmo inabilidade na implementação da proposta, gerando com isso resistências diversas.

O Sílvio Carvalhal teve um papel *muito importante* em mudar um pouco a visão do ensino na UNICAMP, porque ele tinha essa visão integradora, só que ele levava a um extremo que era ... complicado. Ele era um clínico, [...] e tinha uma visão muito organicista e anátomo-patológica das coisas. Ele acha, achava, continua achando, que tudo se explica pelas alterações anátomo-patológicas. Então, o ensino devia se inserir nisso, ou seja, tem que ensinar diabete mostrando quais são as alterações histológicas, e *a partir daí* o aluno ia entender os sinais, os sintomas, e assim por dentro de tudo. Mas, ele levou a um tal extremo, ele foi Diretor da escola nessa ocasião, e levou a um tal extremo essa coisa, essa visão organicista dele, anátomo-patológica, chamava-se Integração Anátomo-Clínica, era o nome que ele dava, que ele começou a querer unir todos os departamentos num só [...], mas bateu de frente com *toda* a tradição da ... enfim, da *divisão* de disciplinas ... (Entrevista 3)

Ele queria um médico geral, mas aí ele exagerou muito, porque daí passou a ser irreal. Ele queria um médico geral que fizesse Patologia, que entendesse de Pediatria, que fosse capaz de fazer a biópsia de um doente, examinar o resultado da biópsia, fazer o diagnóstico final e que ele fizesse Cirurgia e Clínica. (Entrevista 5)

... ele batia de frente, você não pode atingir como eu disse uma coisa de poder e o poder estava ... enfim, as pessoas vinham de São Paulo e outros lugares, onde eram professores e eles aspiravam ser professores titulares, chegava lá e virava um simples membro de um departamento único com integração clínico-anátomo-patológica? Ninguém entendia o que era. [...] Funcionou no currículo, funcionou na prática, [...], mas bateu de frente com muita gente, inclusive comigo, numa certa ocasião, porque ele queria fundir a Ginecologia com a Cirurgia e eu realmente defendi o meu *pedaço*, não é? (Entrevista 3)

Na verdade o pessoal queria era o modelo anterior, o modelo do Dr. Sílvio não servia para a grande maioria, *embora servisse na graduação*, era muito interessante no 3º ou 4º ano um aluno palpar um fígado e conseguir saber o que aquele fígado tinha de doença, o exame anátomo-patológico, uma biópsia. Então os alunos até que topavam bem, mas na medida em que eles começavam a amadurecer cada um ia para um lado. A Medicina é muito grande para você abranger isso, aliás hoje se você abranger muita coisa as pessoas entendem você meio como um ... meio picareta, não é, "esse cara faz tudo!". (Entrevista 5)

... ele é um brigador, bem intencionado, mas absolutamente confuso nessa área, porque ele quer uma coisa que só ele quer e mais ninguém. As pessoas que durante um determinado momento falavam pra ele que comungavam desse propósito *etc*, era conversa, usavam como trampolim pra outras coisas. (Entrevista 5)

Olha, você sabe que eu hoje me considero assim meio desastrado pra fazer, *realizar* as coisas, porque pra você realizar uma coisa você precisa *preparar* os ouvidos das pessoas, o espírito das pessoas, senão você inova e aquilo bate assim na cabeça das pessoas e volta, não entra, precisa haver uma receptividade. (Entrevista 1)

Pelo lado dos alunos, o ensino centrado nas áreas gerais da Medicina também gerou descontentamentos, em função principalmente do maior prestígio e desenvolvimento que as especialidades já detinham e que julgavam estar perdendo, como no depoimento a seguir.

... o básico do currículo nessa ocasião era uma filosofia implantada pelo Dr. Sílvio, que dizia o seguinte: o clínico deve fazer basicamente tudo e de vez em quando chamar o especialista pra resolver. Então as enfermarias de clínica eram exclusivamente enfermarias gerais, não existiam enfermarias de especialidade [...] isso acabou não desenvolvendo bem o especialista porque ele ficou um ocioso, os alunos estavam todos aqui e

ele estava lá, ele era chamado de vez em quando. [...] gerou um descontentamento muito grande porque o pessoal daqui trabalhava muito, e os alunos, era como se eles estivessem proibidos de se desenvolver na especialidade, eles tinham que ter uma formação clínica, geral, global, e de repente o aluno começou a ver que tinha um monte de especialista bom que ele tava perdendo! [...] começou a não haver renovação nenhuma na Enfermaria Geral, não estava ninguém querendo fazer residência em Geral, porque lá só se trabalhava, e trabalhava-se com as mesmas pessoas, você não tinha acesso a tecnologia [...] foi gerando uma celeuma tão grande que a partir de um determinado momento resolveu-se que não íamos mais ensinar através de Enfermaria Geral, era tudo por especialidades. [...] "porque nós precisamos de especialista, porque aí fora a demanda é por especialista, nós estamos aqui marcando passo e as pessoas se desenvolvendo *etc*". (Entrevista 5)

A disciplina MD401 (Integração Anátomo-Fisio-Semiológica) foi ministrada no 4º semestre do currículo médico até o ano de 1976. Na pesquisa documental não foi possível obter a lista das disciplinas do currículo dos anos anteriores a 1972, tornando difícil, portanto, precisar a partir de qual ano começou a ser ministrada. Em 1976 a disciplina manteve o mesmo código, mas passou a ser denominada Introdução à Semiologia Médica, sem a integração com Anatomia Patológica. A partir de 1978 a disciplina foi extinta e em seu lugar foi colocada a disciplina MD402 (Semiologia I), mantida no currículo até o final do período estudado (Anexo 3).

... a integração clínico-anátomo-patológica deixou marcas, boas, mas não deu certo no conjunto, então nós tivemos que rediscutir para readaptar o currículo à organização departamental. (Entrevista 3)

Então, foi-se reduzindo meu campo de atuação pra manter isto que era pra mim uma bandeira, um princípio de reforma substancial, mas não consegui, a não ser na Semiologia, que eu era o titular da disciplina, as outras áreas cada um funcionou como um verdadeiro catedrático só que num campo restrito, como era necessário fazer, porque aquela idéia de que um médico deveria ter uma boa compreensão e até dominar Clínica Médica, foi uma idéia que depois se verificou que era utópica. Então foi inevitável, o caminho para as áreas disciplinares já no departamento, que faziam seus grupos, reivindicavam a sua autonomia, como fazia o catedrático com a Clínica Médica, e não havia nenhuma integração, como não há até hoje, não é? Entretanto, aí é que eu acho que essa foi uma das maiores incongruências sobre a organização do ensino ... (Entrevista 1)

Outra idéia inovadora implementada na FCM/UNICAMP, nesse período, unificava os departamentos de Cirurgia e Clínica Médica, sob direção bipartite do Chefe do Departamento de Cirurgia e do Chefe do Departamento de Clínica Médica. Essa

organização havia sido observada por Sílvio Carvalhal durante viagem aos Estados Unidos, em 1960, onde verificou que as grandes clínicas que prosperaram eram reuniões de clínicos e cirurgiões. A idéia central dessa proposta era fazer com que os cirurgiões participassem do diagnóstico clínico pré-cirúrgico, assim como os clínicos acompanhariam todo o prognóstico pós-cirúrgico dos pacientes. Da mesma forma que a proposta de integração anátomo-clínica, a unificação dos dois maiores departamentos da FCM/UNICAMP não se fez em função dos interesses de carreira acadêmica e da organização departamental, mas visando a melhoria dos aspectos didáticos e assistenciais, gerando com isso resistências diversas.

E acontece com o paciente, [...] que o clínico *manda* o doente para o cirurgião, ele decide lá nas discussões de clínica se é um caso cirúrgico, "transfere ele pra enfermaria de cirurgia", e em geral não põe os pés lá mais. E o cirurgião trabalha sozinho, às vezes assume, dá alta, ou o doente morre e a gente nem ficava sabendo. Então eu disse, "nós vamos fazer um departamento só" [...]. Como eu trouxe pra aí um cirurgião que era *muito* afeito a essas idéias, foi fácil! [...] Eu disse, "hós vamos fazer uma coisa que eu acho inédita e vamos favorecer as duas áreas, os clínicos *saberem* um pouco mais sobre *o que é* uma cirurgia e os cirurgiões discutirem conosco a parte de diagnóstico e vai indicar ou não vai indicar a cirurgia". E isso funcionou assim durante um tempo. (Entrevista 1)

Era um departamento só, o Dr. Sílvio era o chefe, ele era o chefe geral. Aí ele era o chefe também da parte de Clínica e primeiro o Mário Degni e depois o Davi Rosemberg, era do departamento de Cirurgia, mas era subordinado a ele, que era o Chefe Geral do Departamento Clínico-Cirúrgico. Então isso durou um determinado tempo, aí devagarinho ele foi vendo que não dava. (Entrevista 5)

Então nos primeiros anos existia um departamento e ele montou uma cadeira clínico-cirúrgica e queria introduzir também junto a Anatomia Patológica, que todos os médicos fossem capazes de fazer diagnóstico, fazer cirurgia, ele queria formar esse tipo de médico. Mas com o tempo ele viu que não dava, mas ele criou um grupo que trabalhou junto com ele. Curiosamente ele trouxe na ocasião alguns recém formados da Escola Paulista, [...] vieram para ser clínicos, mas todos viraram cirurgiões porque aquilo que o Dr. Sílvio criava era ... não dava pra existir. Ele trouxe os caras para serem clínicos e fazerem cirurgias. Eles começaram a fazer cirurgias, gostaram de cirurgias e viraram cirurgiões, abandonaram o Dr. Sílvio, porque não dá pra fazer tudo. (Entrevista 5)

... isso funcionou e houve até alguns exemplos do pessoal que estava começando, de clínicos que se entusiasmaram pela cirurgia e começaram até a participar das cirurgias, e vice-versa. Então foi uma experiência interessante. E eu sabia que era difícil sustentar, mas eu disse, "vamos experimentar, nós não vamos prejudicar ninguém nem vamos

prejudicar os pacientes", ao contrário, vamos beneficiá-los porque eles passam por um *crivo* de clínica que os cirurgiões em geral não têm, não são capazes de fazer, e nós ficamos mais inteirados do que *foi feito*, o doente *volta* para a enfermaria, nós *rediscutimos* o caso com o cirurgião e os clínicos. Então no começo funcionou muito bem ... (Entrevista 1)

... foi estendida ao ensino, nós dávamos aulas às vezes até com dois professores, um de clínica, que expunha a parte diagnóstica, o cirurgião participava, depois ele mostrava a técnica [...] Mas isso foi uma novidade e foi uma experiência que a gente já podia prever, porque a maioria dos cirurgiões *não* sabe muito bem a parte clínica dos pacientes, eles se socorrem de exames complementares, da opinião de outros, e os bons cirurgiões sabem usar. (Entrevista 1)

A partir do processo de discussão de uma proposta de divisão da FCM/UNICAMP em departamentos, a integração do ensino e a integração interdepartamental foram substituídas pela organização clássica universitária exigida pela Reforma Universitária de 1968. A proposta de "departamentização" da FCM/UNICAMP foi aprovada em 1971 e os critérios para a criação dos departamentos seguiram a divisão tradicional existente em outras faculdades, respeitadas as condições legais para sua existência.

... o Zeferino era um juiz dessas causas todas [...]. Eu me lembro até que um dia ele passou *três* horas, a paciência que ele tinha, mediando uma discussão entre eu e o Sílvio, porque essa discussão vinha, vinha, vinha, chegava aos ouvidos dele, um dia ele chamou nós dois [...] E eu lembro que eu acabei ganhando a discussão porque eu usei uma estratégia talvez mais inteligente que a do Sílvio, porque eu disse que aceitava plenamente, *como aceito de fato*, a necessidade da integração clínico-anátomo-patológica e a necessidade da integração entre as diferentes disciplinas pra fazer o currículo médico, mas que isso não era uma coisa que ia justificar a mistura de todas as disciplinas num mesmo departamento. *Tinha* que haver a especialidade, a especialidade é que aprofundava a pesquisa, a pós-graduação *etc.* Então eu usei uma estratégia mais eclética e o Zeferino acabou me dando razão e aí nasceu a departamentização ... (Entrevista 3)

Em reunião da Congregação da FCM/UNICAMP do dia 24/04/1971, na qual se discutiu o projeto da divisão departamental, Sílvio Carvalhal afirmou que "*a criação de Institutos na Universidade Estadual de Campinas alijou da FCM as disciplinas, que em absoluto podem estar separadas desta, geografica ou administrativamente*". A seu ver, existiria coerência em estar a Farmacologia no instituto básico por ser disciplina pré-clínica; entretanto, a inconveniência surgia quando

os programas eram elaborados independentemente do curso profissional, como acontecia com Fisiologia, Anatomia Humana, Genética, Histologia e outras. Em sua opinião, a imposição de um número de departamentos para a Faculdade seria altamente inconveniente, principalmente por não estar baseada em um dispositivo legal. Acreditava que para se estabelecer uma estrutura departamental para a Faculdade, haveria de início a necessidade de se estabelecer os objetivos mínimos para a constituição de um departamento, para em seguida definir seu número e suas especificações e como critério para constituição de um departamento, uma carga horária docente, assistencial e de pesquisa, os equipamentos de que dispõe, seu pessoal em categorias docentes, número de disciplinas, regime de dedicação do chefe e outros a serem definidos. Sugeriu também que a Radiologia, o Laboratório de Patologia Clínica e a Anestesiologia se constituíssem em Serviços do Hospital das Clínicas, com a possibilidade de se transformarem em disciplinas ou departamento, quando tivessem condições para isso (Faculdade de Ciências Médicas, Ata da 13<sup>a</sup> Reunião da Congregação, 24/04/71).

Todas as sugestões apresentadas nessa reunião foram aprovadas pela Congregação. Em ofício de 13/05/1971, dirigido à Reitoria da UNICAMP, o Diretor da Faculdade expôs a divisão de departamentos aprovada na FCM/UNICAMP em 24/04/1971.

*Princípios:*

- 1) *não duplicação de meios para atender as mesmas finalidades;*
- 2) *união de disciplinas que tenham afinidade entre si;*
- 3) *abolição do espírito de cátedra;*
- 4) *atendimento a condições mínimas de existência de um departamento mesmo em implantação e, principalmente atendimento das condições atuais mínimas para a chefia do departamento, que requer na sua liderança indivíduos em nível elevado, que estejam dando à Faculdade um número de horas adequado;*
- 5) *entendeu-se também que certas disciplinas são muito mais serviços do Hospital de Clínicas, porque servem a todos os departamentos, do que propriamente Disciplinas ou Departamento em si, sem prejuízo da carreira universitária e atividades docentes e de pesquisa de seus integrantes.* (Faculdade de Ciências Médicas, Of. 303/71, 13/05/71, Processo 2563/70)

A divisão apresentada mantinha a unificação dos departamentos de Clínica e Cirurgia, com a ressalva de que “*a união de Clínica e Cirurgia persistirá em caráter experimental*” (Faculdade de Ciências Médicas, Of. 303/71, 13/05/71). Foram criados os departamentos de Clínica e Cirurgia; Materno-Infantil; Farmacologia e Terapêutica Clínica; Medicina Preventiva; Anatomia Patológica; Neuro-Psiquiatria; Oftalmo-Otorrinolaringologia. A disciplina de Ortopedia, cuja chefia tinha um contrato de 12 horas semanais, não apresentava condições mínimas de se transformar em departamento e foi mantida como disciplina em um dos departamentos. O Laboratório de Patologia Clínica, o Serviço de Radiologia e o Banco de Sangue foram definidos como serviços do Hospital das Clínicas, sem prejuízo das funções docentes e de pesquisa (Faculdade de Ciências Médicas, Of. 303/71, 13/05/71). Posteriormente, quando a titulação dos docentes e as atividades de ensino e pesquisa se tornaram suficientes, segundo o regimento da Universidade, foram criados os departamentos de Ortopedia e Traumatologia, Patologia Clínica e de Radiologia, os dois últimos respectivamente em 1982 e 1992 (Faculdade de Ciências Médicas, 1993: 47; 53).

A maioria dos departamentos foi posteriormente separada, como o Departamento Materno-Infantil, que abrigava as disciplinas de Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia e Genética Médica, dando origem aos departamentos de Pediatria, Tocoginecologia e Genética Médica. Da mesma forma, o Departamento de Farmacologia e Terapêutica Clínica, que abrigava as disciplinas de Farmacologia e Anestesiologia, foi desmembrado nos departamentos de Farmacologia e Anestesiologia, bem como o Departamento de Neuro-Psiquiatria, que foi dividido nos departamentos de Neurologia e Psicologia Médica e Psiquiatria. No entanto, é importante esclarecer que desde o início de sua implantação, em 1963, o curso de Medicina foi organizado em disciplinas, porém, na prática essas disciplinas funcionavam como verdadeiros departamentos<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Até o presente ainda persiste em algumas áreas da FCM certa confusão entre a denominação de disciplina e departamento, talvez fruto da herança das cátedras. A proposta de “departamentização” de 1971, por exemplo, relacionava a estrutura hierárquica do departamento formada por “disciplinas” (serviços), “setores” e depois a lista dos “cursos ministrados”.

O conceito de disciplina era outro, diferente do que a gente usa. Por exemplo, o departamento, quando eu falo que tinha treze disciplinas, não eram disciplinas, eram áreas de conhecimento, na verdade, então já começa daí. Disciplina curricular era outra conversa. (Entrevista 8)

O Departamento de Clínica e Cirurgia foi constituído pelas disciplinas de Semiologia Geral e Integração Clínico-Patológica; Cardiologia; Gastroenterologia; Dermatologia; Moléstias Transmissíveis. Os seguintes setores também constituíam o departamento: Hematologia; Pneumologia; Imunologia Aplicada e Alergia; Proctologia; Reumatologia; Endocrinologia; Nefrologia; Urologia; Cirurgia Plástica e Oncologia; Moléstias Vasculares Periféricas. Eram os seguintes os cursos ministrados: Semiologia I e II; Integração Clínico-Patológica I, II e III; Radiologia I; Medicina Integral I, II e III; Cirurgia I e II; Moléstias Transmissíveis; Medicina de Urgência; Imunologia Aplicada e Alergia; Endocrinologia I e II; Nefrologia I e II; Cirurgia Plástica e Reparadora; Cardiologia; Gastrologia; Dermatologia; Moléstias Vasculares Periféricas; Urologia; Pneumologia; Reumatologia; e Hematologia.

A chefia do Departamento de Cirurgia no período em que funcionou a união com o Departamento de Clínica Médica foi exercida por Mário Degni e posteriormente por Davi Rosemberg. Este último era médico de Luís Carlos Prestes, dirigente do Partido Comunista Brasileiro na época, sendo aposentado compulsoriamente pelo Ato Institucional nº 5, baixado pelo governo militar em dezembro de 1968. Para substituí-lo na chefia do departamento foram convidados vários professores e nenhum aceitou, fazendo com que a idéia fosse perdendo força e crescessem as resistências a ela (Entrevista 1).

... malogrou [...] principalmente no Departamento de Cirurgia. No Departamento de Clínica não, [...] porque era uma coisa *sentida e até muito* adequada porque a gente fazia discussão clínica e a cirurgia funcionava também como *aferição* das hipóteses clínicas, o cirurgião abre e vê por dentro. E o pessoal que estava cuidando do paciente, o grupo ia assistir sempre, era obrigatório eles irem assistir e *conferir* os exames. Então até aquela parte de Patologia junto com Clínica estava integrada nisto. Mas a *maioria* dos cirurgiões que estavam lá não participava e nem se sentia à vontade, porque a discussão clínica é feita dessa maneira. (Entrevista 1)

Eu me lembro que eu falei para uns três ou quatro e eles não aceitaram. [...] o interesse havia, a Unicamp já estava despontando como uma unidade promissora, mas eles não queriam *se expor*. A idéia *clara* que eu fiquei foi esta, eles não queriam *se expor* a uma discussão de clínica, junto com o clínico, porque eles discutem lá do modo que eles conduzem. E então eu vi que a coisa não ia dar um jeito porque eu não arranjava um substituto e aquele grupo que era contra a idéia foi crescendo e acabou desmanchando *sem nada*, não houve nenhum tumulto, nem nada, mas apenas se separaram os leitos e continuou tudo como era dantes, mas foi uma experiência muito interessante. (Entrevista 1)

A proposta de divisão da FCM em departamentos, que previa que a união dos departamentos de Clínica Médica e Cirurgia seria mantida em caráter experimental, sofreu reveses políticos e não prosseguiu dessa forma. Em reunião da Câmara Curricular do dia 02/09/1971, Sílvio Carvalhal pediu que a Câmara revisse o processo de “departamentização” da FCM/UNICAMP “*que havia sido projetado inicialmente com o Departamento de Clínica e Cirurgia e foi apresentado diferentemente pelo Diretor, à revelia da Congregação e da Comissão de Professores*” (Câmara Curricular, Ata da 53<sup>a</sup> Reunião, 02/09/71). Outro depoimento nesse sentido, de Adil Samara à Revista da FCM, afirmou que o sonho do único departamento havia sido desfeito pela Direção da FCM/UNICAMP “*não direi deselegantemente, porém não conforme com os cânones universitários da época*” (Faculdade de Ciências Médicas, 1993: 24).

Depois de dez anos de chefia do DCM, Sílvio Carvalhal foi se deslocando para a Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas e, segundo depoimento de Adil Samara, “*a Clínica Médica foi aos poucos mudando seus hábitos aqui como em outras escolas, certamente porque as chefias, freqüentemente ocupadas por especialistas, tinha uma forte inclinação por setorizar a Clínica Médica*”, esquecendo-se que “*o doente não tem como ser dividido por partes senão sob o aspecto didático*” (Faculdade de Ciências Médicas, 1993: 25).

## **O Departamento de Medicina Preventiva e Social e o ensino inserido nos serviços de saúde à comunidade.**

... o perfil de médico naquela época, no comum, no sentir, na USP, como em todas as faculdades, era o clínico e o cirurgião, e o especialista. Todo mundo procurava se especializar, a ganhar dinheiro. Então, *introduzir* uma disciplina para ser trabalhada extra-muralmente ao Hospital ... isso foi um chute muito grande ... (Entrevista 6)

O DMPS (Departamento de Medicina Preventiva e Social) da FCM/UNICAMP, fundado em 1965 pelo médico colombiano Miguel Ignacio Tobar Acosta, iniciou suas atividades no curso de Medicina pela introdução de disciplinas de cunho social e pelo desenvolvimento de práticas na coletividade. O primeiro projeto nesse sentido foi realizado numa região da periferia de Campinas, o BJO (Bairro Jardim dos Oliveiras), no início de 1966, em um setor que compreendia 795 famílias, num total de 3.802 pessoas. A seleção desse bairro para o desenvolvimento do projeto se deu em função de suas características propiciarem condições de observação e intervenção, constituindo-se num laboratório para a prática da Medicina Preventiva: *“uma população de nível sócio-econômico baixo, não muito numerosa, ocupando uma área de extensão limitada, carente de recursos, inclusive médico-assistenciais ...”* (Andrade, 1995: 82).

O objetivo do projeto era o aprendizado pelos alunos das relações entre saúde, doença e condições de vida e iniciar uma atuação clínico-preventiva junto às famílias. Por outro lado, as instituições existentes na área, como a escola primária e a Sociedade Amigos do Bairro, se tornariam alvos preferenciais dos trabalhos de educação em saúde e de organização da comunidade (Andrade, 1995:82). O trabalho foi pioneiro nas escolas médicas brasileiras.

Durante 1965 a 1975, eu planejei o Departamento de Medicina Preventiva tanto intra-mural, dentro da faculdade, como extra-mural. Então fizemos os cursos teóricos dentro na faculdade e as práticas na comunidade. Praticamente aqui no Brasil não havia um serviço extra-mural, a primeira vez que se fez um serviço extra-mural fomos nós que fizemos, num bairro chamado Jardim *dos Oliveiras*. E esse trabalho foi um trabalho fenomenal porque nós púnhamos os alunos de 1º a último ano [...] e nós dávamos uma determinada família para um aluno de 2º ano para que ele aplicasse os conhecimentos de ciências sociais, conhecesse a essência de uma família, geralmente família pobre e tivesse o apoio de um indivíduo que já estava no 5º ou no 6º ano. E fizemos um trabalho muito bonito.

[...] nós começamos a trabalhar em saúde escolar, que era uma coisa mais fácil. Depois foram os obstetras para fazer controle pré-natal, orientar os casos de parto, clínica médica, e assim por diante. Então foi um trabalho progressivo, mas que não era possível ser feito em pouco tempo ... (Entrevista 6)

No segundo ano do curso os alunos tinham contato com as famílias, por meio da disciplina de Ciências Sociais aplicadas à Medicina, elaborando uma história sócio-familiar, isto é, um diagnóstico médico e social das condições em que vivia determinada família, seus valores, crenças e atitudes relacionadas à saúde, assim como as características do meio físico, sócio-cultural e econômico em que se inseria. Essas observações eram discutidas em grupos multiprofissionais, com o objetivo de estabelecer as medidas necessárias para corrigir ou prevenir os problemas detectados, reservando aos estudantes o papel de “*assessores de saúde*” dessas famílias (Andrade, 1995: 83).

O trabalho inovador realizado no BJO foi valorizado no parecer do CEE/SP por ocasião do reconhecimento do curso médico da FCM/UNICAMP, no qual a descrição do currículo e das atividades extra-muros enfatizava que os serviços à comunidade e a integração alcançada no projeto do BJO era um dos principais serviços prestados pela Faculdade à comunidade (Governo do Estado de São Paulo, CEE/SP, Processo 1139/39, Parecer 23/70).

O DMPS atuou também em intervenções de caráter mais abrangente, na realização de ações de imunização em massa, com a participação de alunos de várias séries do curso de Medicina, além de atividades de investigação, entre as quais um censo demográfico-sanitário no qual colaboraram alunos do 1º ao 3º ano do curso (Entrevista 6; Andrade, 1995: 84).

Em 1969, em virtude do impasse criado pelos comerciantes do bairro em relação à localização da área comunitária de saúde, a Prefeitura de Campinas retirou a doação de um terreno, obtida pelo Coordenador do DMPS, e os trabalhos não tiveram continuidade (Entrevista 6). Ao lado disso, a avaliação dos trabalhos feita pelo DMPS mostrava desestímulo por parte dos alunos nas atividades, “*ao mesmo tempo em que demandavam ser introduzidos mais precocemente no hospital, conviver com os doentes e fazer observações ao pé do leito, numa reafirmação do modelo tradicional de ensino que tinha no hospital seu pólo hegemônico*” (Andrade, 1995: 85). Os depoimentos

obtidos mostraram que essa avaliação por parte dos alunos era real; por outro lado, houve a sensibilização pelos problemas gerais de saúde da população e um início de conscientização da realidade social do país, como nos trechos a seguir.

Uma coisa inovadora, que a gente achava muito chato. A gente visitava o Jardim das Oliveiras e ficava lá fazendo perguntas, como é que era a água, se tinha fossa, se tinha esgoto. A gente era meio inexperiente e as famílias também não tinham maior prazer em responder. Esses dados também eram analisados, é isso que o Prof. Tobar não conseguiu organizar muito, a análise desse trabalho, desses dados, embora ele tivesse uma dedicação fantástica, era um sujeito de uma dedicação comovente até, nessas coisas. Mas ele tinha alguma dificuldade. Hoje eu analiso que devia ser alguma dificuldade política também, mas era difícil pra ele organizar a análise desses dados ... (Entrevista 5)

Os estudantes, a grande maioria gostou porque, imagina um aluno de primeiro ou segundo ano, sem nunca ter estado perto de uma criatura humana que necessitasse de sua ajuda, eles poderem ajudar em alguma coisa. Se era problema econômico, tinha assistente social; se era problema de outra índole tinha alguém de retaguarda; se era problema clínico tinha os rapazes dos últimos anos, e nós, que estávamos aí. Então, esses alunos gostavam muito do trabalho, inclusive muitos sentiram profundamente a claudicação do programa. (Entrevista 6)

O que a gente via na época? Os médicos eram praticamente as pessoas mais importantes da cidade. E a medicina que eu enxergava, era a medicina realmente elitista, estilo consultório, uma clínica maravilhosa, um carro maravilhoso na porta e atendendo pessoas que podem pagar uma boa consulta. Aí quando eu entrei na Medicina Preventiva, eu fiquei chocado com as aulas do Prof. Tobar. Graças a Deus eu tive um Prof. Tobar no meu currículo. O cara chegou e mostrou o que era saúde no Brasil. Claro que eu via o problema, mas ele chegou e jogou na *cara* nossa, a medicina, e mostrou o Dom Quixote. "A *saúde* no Brasil é isso" ou seja, "vocês estudam numa faculdade de medicina e a saúde no Brasil é isso aqui". Então, você ... *se choca* com aquilo. (Entrevista 4)

Em virtude das avaliações, o DPMS realizou mudanças nos conteúdos e práticas da disciplina de Ciências Sociais aplicadas à Medicina e esta passou a trabalhar nas enfermarias da Santa Casa, porém procurando manter a observação da família e do meio a partir do doente e do hospital, como elos que permitissem ao aluno interessar-se pelos aspectos sociais do processo saúde-doença. Andrade (1995) salientou também as dificuldades de integração efetiva com os departamentos clínicos e a falta de apoio institucional externo da Prefeitura de Campinas ou da Divisão Regional de Saúde, como

aspectos que restringiram a possibilidade de atuação ampliada do DMPS junto à população do BJO.

Ciências Sociais Aplicadas à Medicina passaram a ser ensinadas numa forma eminentemente não pragmática, quer dizer, teoria, teoria, teoria, teoria e teoria, mas esses sujeitos (*referiu-se aos sociólogos*) não tinham condição de ir às casas, nunca tinham ido! (Entrevista 6)

... tinha um número de horas no nosso currículo que era muito grande e aquilo perturbava um pouco porque tinha aula de Antropologia, Serviço Social, um monte de coisa que não era aquilo que a gente imaginava na carreira médica. Mas enfim, a Medicina Preventiva acabou sendo assim uma parte muito grande no nosso currículo na fase inicial. (Entrevista 5)

Uma das experiências mais interessantes realizadas pelo Departamento após o término das atividades no BJO foi o ensino de clínica dos supostamente sadios, enfocada no depoimento a seguir.

O ensino de Clínica dos supostamente sadios foi um trabalho tremendamente árduo porque os alunos diziam "se está sadio por que tem que ser examinado?" Então eles esqueciam que a doença se funciona a cada dia durante tempos variáveis, quando já estoura já é tarde. Inclusive eu pude comprovar, eu tive dois ou três casos que foram excepcionalmente úteis. [...] yo propôs de que todos os calouros da universidade passassem por um exame clínico feito pela gente, e quem fazia o exame clínico eram os alunos de 5º ano. Então teve uma coisa que para mim foi sublime. [...] o fato concreto é que como havia vários exames obrigatórios, um deles era urina, esse rapaz, que já era um sujeito de certa idade, apareceu com sangue na urina. Então eu disse, "você já viu como é de útil fazer uma coisa dessas? Você não encontrou nada, mas na urina nós encontramos sangue". [...] resulta que nos exames que foram feitos posteriormente, com radiografias, urograma, encontramos um tumor maligno em um dos rins. E eu disse, "bom, e se você não tivesse examinado esse paciente, aonde iria a terminar?" Esse sujeito se converteu *o melhor estudante* que a senhora possa imaginar de crente em que a clínica é soberana! (Entrevista 6)

Avaliando o trabalho realizado no BJO, Andrade (1995) concluiu que se constituiu de uma experiência pontual, restrita em relação ao conjunto da formação do aluno e insuficiente para desencadear as mudanças pretendidas e para sensibilizar os demais departamentos da escola médica no sentido de promover uma ampla reforma no ensino. "*Poucos* departamentos, um ou dois, caminharam com a Preventiva, que tinha esse bairro como sede do seu trabalho de campo" (Entrevista 2). Por outro lado, o ensino

médico realizado por meio de algumas práticas assistenciais revelou a existência de uma demanda reprimida da população do bairro, resultante das carências e da falta de acesso aos serviços de saúde, à qual o projeto não conseguiu dar respostas efetivas. A escola médica não assumiu o enfrentamento dessa questão, pois além de seus próprios problemas de atendimento de demanda, a Faculdade procurava consolidar o modelo hospitalar, buscando naquele momento criar condições mais adequadas para o funcionamento do hospital-escola na Santa Casa (Andrade, 1995: 87-88).

No ano de 1970 os departamentos de Medicina Preventiva e Social das faculdades de Medicina do Estado de São Paulo realizaram encontros durante os quais foram debatidos os limites do projeto “preventivista”, *“ao mesmo tempo em que se reafirmava a Medicina Social como o campo teórico de estudo da dinâmica do processo saúde-doença na população e das suas relações com a estrutura de atenção médica e com a estrutura social”* (Andrade, 1995: 91). As diferenças entre essas duas tendências no ideário da Medicina Preventiva, seu desenvolvimento e reflexo nas propostas de ensino do DMPS, foram apresentadas e discutidas nos trabalhos de Andrade (1995) e Zanolli (1999), não havendo como contemplá-las nesta análise.

A partir das reflexões desses encontros, iniciou-se dentro dos departamentos de Medicina Preventiva a preocupação com o ensino e seu papel formador. Em 1971 foi criado na FCM/UNICAMP um grupo de trabalho formado por membros do DMPS ligados à corrente da Medicina Social e docentes de outros departamentos da Faculdade para, juntamente com a Direção, discutir e trabalhar a educação médica naquela unidade e refletir criticamente sobre a situação do ensino das escolas médicas do Estado de São Paulo.

Segundo o estudo de Andrade (1995), os modelos teóricos produzidos por esse grupo orientaram os processos de análise e tomada de decisões políticas da FCM/UNICAMP no período, com o objetivo de reformulação institucional. Cita como exemplo o relatório anual da Direção da Faculdade do ano de 1971, onde foram feitas críticas à alienação das faculdades de medicina em relação às condições de saúde da população, enfatizando a inserção gradual do ensino médico no serviço como importante posicionamento do ensino da instituição.

Dentre as mudanças que foram propostas com o intuito de transformar a FCM/UNICAMP numa escola médica inovadora, as práticas fora do contexto hospitalar assumiram estratégia privilegiada. Um novo programa foi formulado, implicando em uma atuação ampliada da FCM/UNICAMP na comunidade, passando a envolver a participação de vários setores da escola médica. Em 1971 foi assinado um convênio com a Prefeitura de Paulínia, município vizinho a Campinas, resultante de negociações iniciadas pela Coordenação do DMPS e pela Direção da Faculdade. Essas negociações contaram com o apoio da Reitoria, cujo interesse era viabilizar seu projeto de extensão na região de Campinas. Pelo lado do município de Paulínia, havia o interesse em fornecer condições de criar uma unidade de assistência médico-sanitária em uma região carente de serviços de saúde, que no momento sofria grande afluência migratória em virtude da construção da refinaria da Petrobrás, primeiro passo para a implantação de um pólo petroquímico, situado entre as prioridades do governo militar (Andrade, 1995: 94).

Em 1969 então eu fui a procurar em *vários* municípios ao redor de Campinas e casualmente eu cheguei a Paulínia, donde havia um prefeito que estava nadando em ouro, em muito dinheiro. Quando viu o negócio me disse "Ihe dou todo que quiser". E então nós fomos a trabalhar em Paulínia num programa de muito fôlego e naquela época ainda não funcionava a Petrobrás, a refinaria. Depois de nós chegarmos lá, foi que, com o governo militar [...] se estabeleceu a refinaria em Campinas. O trabalho foi monumental, vinha gente de tudo quanto é lugar a conhecer o que a gente estava fazendo. (Entrevista 6)

... era um programa muito bonito, porque se tratava de estabelecer uma atuação de saúde familiar, comunitária, baseado no princípio de complexidade crescente e decrescente. Então eu escolhi a primeira unidade, Paulínia, que ficava a nove quilômetros do Hospital das Clínicas. Nós atendíamos tudo o que era possível ser atendido com o estetoscópio, com curativos, com bisturi, com cozadeiras (*suturas*), nós tínhamos uma ambulância que levaria os doentes para o Hospital das Clínicas. E já tinha falado com vários prefeitos de vários municípios e numa área de 100 km para estabelecer programas semelhantes ao de Paulínia. Esse programa de Paulínia tinha Centro de Saúde, estávamos trabalhando as áreas suburbana e rural, para estabelecer centros e sub-centros. Por exemplo, um controle de gestação lá em determinado lugar fora do município, na área rural do município, era atendido lá. Complicava? Vinha para Paulínia. Complicava mais? Ia para o Hospital das Clínicas. Complexidade crescente. Já era atendido no Hospital das Clínicas, voltava para o seu lugar. (Entrevista 6)

O convênio firmado entre a Universidade, a Prefeitura de Paulínia e a Secretaria de Estado da Saúde, com as atribuições de cada instituição, encontra-se

detalhadamente descrito no trabalho de Andrade (1995), que apresentou as relações do ensino médico e dos serviços de saúde por meio do estudo de caso do Projeto Paulínia, abordando suas diversas fases até o encerramento do convênio. Zanolli (1999) enfocou a atenção à saúde da criança no projeto de Paulínia como campo de prática da Pediatria Social, apresentando as diferentes fases do projeto, por meio de depoimentos de alguns dos participantes. Os pontos que geraram conflito e ruptura na primeira fase do convênio, de 1970 até 1974, serão apresentados a seguir, tendo por base os trabalhos das duas autoras, respectivamente docentes do DMPS e do Departamento de Pediatria da FCM/UNICAMP, nos depoimentos desta pesquisa e em alguns depoimentos da pesquisa de Zanolli (1999).

Diferentemente da resistência às propostas de integração e de formação do médico geral, objeto da primeira parte do capítulo, em que o conflito se deu de forma menos explícita, mascarando de certa forma as exclusões que se processavam no interior do currículo e sem chegar a comprometer as relações institucionais, no caso da fase de implantação do projeto de Paulínia, conflito e ruptura foram fatores de desestabilização do DMPS e de suas propostas de ensino, além de ter produzido os primeiros casos de perseguição política dentro da UNICAMP, até então considerada livre dos constrangimentos comuns a outras instituições de ensino durante o período.

Quando amplia-se, tomando uma rede maior para o seu trabalho, aí novamente a colaboração foi necessária e isto foi até certo ponto dado pela Faculdade de Medicina por alguns departamentos. Eu estou me referindo ao projeto que substitui o projeto do BJO, para o Projeto Paulínia. Por que é diferente? Porque naquele momento você teria possibilidade da integração, numa rede pública mais ampla, era um centro-escola, com a possibilidade de aglutinar as outras especialidades além da Preventiva, você tinha possibilidade de visualizar uma relação com um município e com um espaço urbano, isto do ponto de vista do município, e do ponto de vista do próprio Estado, que também entraria como partícipe nesta relação, de estruturação de um *núcleo* que possibilitasse o trabalho docente e possibilitasse pesquisas, enfim, desse um substrato a *mais uma* forma de levar o estudante a participar de uma realidade que já não era aquela vista somente através do hospital escola, do hospital universitário. (Entrevista 2)

No contexto do processo de elaboração dos objetivos educacionais e institucionais da FCM/UNICAMP, iniciado em 1971, foi elaborado no ano seguinte o documento “Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços”,

contendo a formulação inicial do modelo de ensino médico a ser implantado em Paulínia. A partir de uma área de integração, era proposto que o ensino se desenvolvesse em torno da observação de alguns campos temáticos: “*o funcionamento dos serviços de saúde e suas inter-relações, os princípios que regem a prestação de assistência médica, as funções do pessoal auxiliar e as influências do nível de desenvolvimento social, na demanda por serviços médicos e no modo de utilizá-las*” (Andrade, 1995: 98).

A ação didática seria inserida nos vários momentos do processo de implementação das práticas assistenciais, supondo “*uma estrutura curricular flexível e dinâmica, utilizando, preferencialmente, uma estratégia de ensino-aprendizagem baseada em situações-problema*” (Andrade, 1995: 98; destaques no original). O conjunto da proposta de integração ensino-serviço desse plano foi objeto de discussão nas instâncias universitárias e foi institucionalizado como “Programa de Saúde da Comunidade da UNICAMP”, por portaria do então Reitor Zeferino Vaz, em dezembro de 1973 (Andrade, 1995: 98). O programa contou também com financiamento da Fundação Kellogg, obtido por Miguel Tobar Acosta, em função de sua experiência como consultor de organizações internacionais de saúde e de o programa se inserir no âmbito das propostas recomendadas em seminários promovidos pela OPAS na região.

As duas correntes de pensamento do campo da Medicina Preventiva no DMPS, no entanto, enxergavam diferentemente a atuação em Paulínia. Para uma parcela, o referencial para as mudanças no ensino médico baseava-se nos movimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Integral e o modelo educacional proposto preservava algumas características da experiência docente do BJO, especialmente em relação ao enfoque familiar e integral, agora não mais a partir do domicílio, mas realizado nos serviços de saúde, que seriam organizados tanto para o atendimento dos doentes como para o acompanhamento dos sadios (Andrade, 1995). Os depoimentos a seguir foram colhidos por Zanolli (1999) em sua pesquisa.

No sexto ano, é uma memória muito clara assim, era de fazendas, então você deslocava uma equipe para ir para a fazenda, e era uma coisa muito legal, porque eram pacientes que o pessoal discutia que não tinha como chegar ao Centro de Saúde, então a equipe se deslocava para lá e dava aquelas necessidades assim básicas para eles, e o que não conseguia resolver ali estava trazendo para a unidade. [...] era difícil o aluno que passasse lá e não gostasse. (Zanolli, 1999: 98)

Surgiram programas integrados, programas de atenção integral à saúde da mulher, à saúde da criança. [...] E começamos também com trabalhos externos, quer dizer, não esperar a população doente chegar no Centro de Saúde, mas ir atrás onde ela estava, antes de ficar doente. Fomos nas fazendas, nas indústrias de Paulínia e isso exigiu de nós uma dedicação muito grande. É, evidentemente, um trabalho político [...] nova compreensão do processo da saúde e da doença. [...] Criamos uma sistemática de atendimento ambulatorial em algumas fazendas e em algumas indústrias, com estudantes inclusive [...] Esses ambulatorios passaram a ser um local de grande aprendizado pra nós, porque aprendemos com profissionais de saúde a criar condutas de relação com essa clientela no seu local de trabalho e no seu local de moradia. (Zanolli, 1999: 127)

Já a proposta produzida pela corrente da Medicina Social, hegemônica no DMPS, trazia um enfoque estruturalista na análise da educação médica e das relações que se estabelecem no processo ensino-aprendizagem, compreendendo a educação médica como o campo onde se expressariam os interesses das classes hegemônicas, que deteriam o controle do processo de produção de médicos adequado ao sistema de atenção médica tecnificado, privatizado e excludente (Andrade, 1995: 99-100).

Na elaboração da proposta assistencial do projeto de Paulínia, as diferenças entre as duas correntes, identificadas desde a avaliação dos trabalhos no BJO, tornaram-se mais explícitas, já que a discussão em torno da assistência trazia para um grupo mais restrito pertencente à corrente médico-social, o interesse específico em trabalhar nos serviços tendo como referência a população, vista não apenas como portadora de necessidades na área de saúde, mas, além disso, como potencialmente capaz de tornar-se participante do processo de construção e de organização dos serviços (Andrade, 1995: 105). As preocupações desse grupo, vinculado politicamente ao Partido Comunista Brasileiro, ilegal na época, articulavam-se a um projeto de transformação social, enxergando nesses espaços um importante e estratégico campo para a luta política.

Diversos fatores contribuíram para a crise política e institucional que, ao final de 1974, resultou no afastamento de Miguel Tobar Acosta, no desligamento dos quadros da Universidade de parte dos membros que iniciaram o projeto de Paulínia, e na reformulação dos seus objetivos iniciais. Esses fatores, que se relacionavam à dimensão mais ampla da relação do projeto com a universidade e à esfera das relações internas ao próprio projeto, foram analisados por Andrade (1995) e Zanolli (1999) e são resumidos a seguir.

Em primeiro lugar, o projeto era avançado em todos os sentidos, tanto para o setor saúde, para a escola e o ensino médicos, para a Medicina Preventiva e para as práticas de comunidade. Representava, particularmente para os docentes da corrente da Medicina Social, um caminho para um projeto político mais amplo e ambicioso, que envolveria setores progressistas da América Latina na construção de uma teoria social da Medicina, na formação de agentes de saúde e na transformação da escola médica e na democratização da universidade.

... evidentemente a idéia era que esta área de saúde, o município de Paulínia, fosse a área de comunidade da Universidade. A gente era pouco modesto, nós queríamos que lá participassem médicos, sociólogos, historiadores, engenheiros, arquitetos, todo mundo. Que fosse a área que a Universidade ia experimentar. E nós íamos começar com a área de saúde. [...] Eu acho que na época houve uma certa onipotência por parte da Medicina Preventiva, não sei ... coisas assim, que o departamento acabou meio que tocando a coisa sozinho, não teve habilidade suficiente para convencer as outras áreas da importância. (Zanolli, 1999: 130)

Dentro do contexto político repressivo pelo qual passava o Brasil, somado ao fato de Paulínia ter se transformado em área de segurança nacional, um projeto institucional que trazia novas perspectivas de organização do cuidado à saúde, apoiado na participação popular e oposto ao modelo tradicional de atenção à saúde e de ensino médico, resultava em uma iniciativa isolada, de difícil implementação.

Em relação à UNICAMP, que representava na época um espaço de relativa liberdade e convívio de linhas políticas progressistas, houve de início apoio ao projeto, por se constituir numa proposta inovadora para o ensino. No entanto, no que se refere ao trabalho com a população, o projeto político-ideológico do grupo ligado à Medicina Social era incompatível com os interesses da instituição, gerando conflitos nas relações institucionais do projeto. Esses conflitos foram agravados pela participação dos docentes desse grupo na luta pela democratização da universidade, cujos objetivos incluíam eleições diretas para o cargo de Reitor. Esse grupo veio a ser derrotado nas articulações no Conselho Universitário e este fato determinou a retirada do apoio da Reitoria ao trabalho, contribuindo ainda mais para a desestabilização político-institucional do projeto (Andrade, 1995).

A máxima dificuldade estava em convencer Zeferino de que a Medicina Preventiva que *ele* pensava, no era o correto. [...] era coisa que não lhe satisfazia, então ele nunca foi muito animado. Ele colaborou, mas não foi por convicção, foi porque os fatos estavam aí, não? Inclusive como ele viu coisas que *não* tinha feito em Ribeirão Preto, e que a gente estava fazendo, no começo foi de uma afinidade muito grande. Mas quando viu o que a gente estava fazendo, se transformou em um carrasco ... (Entrevista 6)

Por outro lado, as relações dentro da equipe do projeto tornaram-se bastante conflituosas, em função das divergências entre as correntes da Medicina Preventiva e da Medicina Social e pelo radical engajamento político partidário da época, afora questões pessoais relatadas.

Existia um movimento universal, especialmente aqui na América, de introduzir atendimento à comunidade na comunidade, mas os professores de Clínica Médica não estavam aptos para isso. Por isso acredito que a gente teve a vantagem de poder vir para cá. Yo tinha minha experiência clínica, tinha trabalhado em Saúde Pública, era formado em Saúde Pública, tinha sido Diretor da Escola de Saúde Pública, Diretor do Departamento de Medicina Preventiva. Então não havia muita dificuldade em *convencer* os alunos. O que foi muito difícil foi convencer os colegas mesmo da Preventiva, pensar que um sociólogo fosse lá a Paulínia ... ah! Mas ele não estava lá, estava a estudar! (Entrevista 6)

... a gente queria que a população se mobilizasse, que surgisse deles, e não que a gente levasse coisas e manipulasse a população para que a população falasse o que nós pensávamos ... ou fizesse a cabeça das pessoas. Tinha um pouco isso, fazer a cabeça das pessoas, comandar o ensino médico, tanto é que fracassou. Porque eles falavam para si mesmos, não tinha repercussão. (Zanolli, 1999: 134)

Mas houve uma certa divisão ... a prática ficou desligada ... Como dizia um colega meu, "eu sou um profissional muito caro pra ficar atendendo paciente". Tinha um grupo que pensava e um grupo que trabalhava. E o grupo que trabalhava era considerado inferior e o grupo que pensava era considerado superior. (Zanolli, 1999: 134)

E por si Arouca me dizia que o trabalho dele era pensar, atuar nunca, que atuar era para peão, que ele não era peão, ele era médico-cientista, e mais do que médico-cientista, era *cientista social e político*. [...] Ele dizia que ele não trabalhava, ele se negava *absolutamente* a fazer visitas domiciliares, a supervisionar alunos, porque a posição dele era pra pensar. Ele era um ente pensante que não era um ente qualquer, não? Então ...foi uma *débâcle* muito grande ... (Entrevista 6)

Durante a crise, houve denúncia de docentes estarem fazendo subversão e foi afastado do projeto o Coordenador do DMPS, que se viu obrigado a pedir licença

prêmio. Posteriormente, foi rebaixado na carreira universitária e teve seu contrato reduzido para tempo parcial (Zanolli, 1999: 131-2; Entrevista 6). Outro docente foi coagido a pedir demissão, sob pena de não poder defender sua tese de doutorado.

Bom, estávamos trabalhando e era de manhã, de tarde, de noite, nós voltávamos com minha esposa depois da meia-noite, cansados e extenuados e resulta que um belo dia me chamou o Reitor e me disse que eu tinha sido acusado por subversão, que programa nosso de comunidade no era programa de universidade, senão um programa de subversão contra o governo militar. [...] Quando exatamente foi que eu fui, junto com a minha esposa, acusados de subversão, então Zeferino decidiu praticamente me expulsar da universidade. E ele *não* me conseguiu expulsar da universidade porque vários professores, entre eles o Prof. Rubem Alves, o Prof. Humberto Rangel [...] foram lá e reclamaram, que não era possível a Reitoria fazer comigo o que ele estava querendo fazer. (Entrevista 6)

A Direção da FCM/UNICAMP, em função da excessiva dependência em relação à Reitoria e da centralização da tomada de decisões que caracterizavam a estrutura universitária de então, passou a não mais representar uma instância de defesa do projeto. Por outro lado, não se conseguiu efetuar, a partir do projeto de Paulínia, as mudanças esperadas no ensino de Medicina da FCM/UNICAMP, resultante do envolvimento praticamente inexistente da maioria dos departamentos da Faculdade com o projeto, visto como pertencente apenas ao DMPS.

Você já deve ter ouvido falar do Prof. Tobar, Sérgio Arouca, a esposa do Sérgio Arouca, a Ana Arouca, era um pessoal que tinha uma visão bem diferente do que dominava na época a faculdade de medicina, que eram os médicos que faziam esse tipo de assistência, sem pensar muito em medicina social, então, eles atacavam muito por esse lado aí e faziam muito barulho. Eu não sei se foi apenas isso que finalmente eles foram meio banidos da Unicamp, se foi *só* pelo fato deles pensarem numa reforma que não tivesse de acordo com a filosofia ou se foi também implicações políticas porque eles eram de esquerda. (Entrevista 4)

Então veio o Prof. Tobar, um sujeito extremamente idealista e até competente, mas com muita dificuldade de organizar a cadeira dele, numa época aí de problemas ideológicos importantes, era época da Revolução, então de vez em quando existia algum problema com docentes dele ... digamos que a Medicina Preventiva tinha essa característica de saúde pública e de políticas de saúde, isso às vezes conflitava. A gente não participava muito disso, mas se percebia que existia algum problema nessa hora, ou nesse aspecto, nessa ocasião tinha aí o Arouca [...] que tinha características de esquerda, aí houve algum problema da Universidade com a Medicina Preventiva ... (Entrevista 5)

O conjunto da FCM/UNICAMP se manteve alheio à crise ocorrida no DMPS e isso explica de certa forma, a dificuldade em obter, nos depoimentos realizados na pesquisa, informações ou referências a respeito dessa crise, ausente em praticamente todas as entrevistas, com exceção de uma.

Eu imaginei que toda a UNICAMP, com todos os recursos das Ciências Humanas, educação, economia, pudesse trabalhar no que estava ocorrendo em Paulínia. Nós teríamos, no final, um programa de saúde de comunidade, que seria uma micro-região. Aí poderíamos calcular gastos, pessoal, discutindo os graus de complexidade, complexidade decrescente com supervisão, com sistema educativo. Quando começamos a trabalhar, os militares jogaram cara ou coroa, entre Campinas e São José dos Campos, de onde fazer a refinaria. E Campinas ganhou. Então o negócio mudou radicalmente. E era onde eu queria que a Universidade entrasse com todos os recursos para estudar o que aconteceria nesta região, [...], com uma população eminentemente rural que da noite para a manhã se converteu na área industrial. As doenças que havia e as doenças que poderia haver. Minha tese foi sobre isso, um teste do Inquérito de Saúde Pública feito nos Estados Unidos e na Colômbia, que participei do planejamento, para prever como fazer um exame clínico dos supostamente sadios, avaliar não somente o problema individual, avaliar o problema ambiental mínimo da casa. [...] Eu me levantava às cinco horas da madrugada para ir a Paulínia, chegava numa fazenda às seis da manhã, antes que os trabalhadores comessem a trabalhar, para poder dizer o que pretendíamos fazer nestas áreas. E à noite nos reuníamos também com os líderes das comunidades nos lugares mais diversos, em terreiros, escolas, ginásio de esportes. Tinha muita gente querendo ajudar. Mas um dia o reitor me chama e me diz que eu iria ser preso porque estava me reunindo em horas inapropriadas com as pessoas e estimulando a subversão e que existia uma queixa formal contra mim e minha esposa. Ele me degradou, me tirou o título de professor titular, tirou meu salário, me renunciou a uma expressão mínima. Minha cunhada me defendeu como advogada e ganhamos o pleito a nível local e estadual e o reitor queria levar a federal. Mas o professor, o filósofo Rubem Alves, sem me conhecer, sem saber quem eu era, ele fez uma defesa divina [...] e através dessa defesa obrigaram o reitor a parar com isso. Me reintegraram em 1980. (Zanolli, 1999: 132-3).

A intervenção no projeto também resultou no afastamento do Coordenador do DMPS da chefia do departamento, ocasionando a partir daí a perda de grande parcela de seus docentes, que se transferiram para outros departamentos ou para outras instituições de ensino e pesquisa. O projeto desenvolvido em Paulínia sofreu profundas alterações na sua concepção e fez parte do Internato do curso de Medicina até meados da década de 80, quando foi interrompido por iniciativa da Prefeitura de Paulínia. O encerramento do convênio representou grande perda para o ensino de graduação, que tinha no Centro de Saúde Escola e no Hospital Municipal de Paulínia

dois cenários de ensino alternativos à formação oferecida no HC, caracterizado pelo atendimento terciário e regionalizado, mais adequado aos cursos de especialização de Residência Médica.

A Faculdade de Medicina deu uma *grande* contribuição para o atendimento local lá, evidentemente tirava poder de lá dos locais, que queriam usar aquilo politicamente, do modo mais provinciano, mas eles desenvolveram e tiveram autonomia pra se tornar independentes, que é uma feição boa nisso e uma feição má nisso, de qualquer maneira a faculdade deu uma contribuição e não se precaveu de ficar à mão, perder aquilo bruscamente, por uma interferência do poder local ... (Entrevista 7)

Evidentemente a Prefeitura entrava com recursos, mas mandava menos do que queria, e pondo recursos, ele achou que estava pondo mais recursos e como desenvolveu um pouco os recursos locais humanos lá, por influência da Faculdade de Medicina, então eles acharam que podiam tocar por conta própria e tocam por conta própria. Então foi uma contribuição para a assistência médica de Paulínia, mas de certo modo foi um pouco injustificada porque no momento que ela precisava pro curso de graduação, era útil pro curso de graduação aquela formação obtida lá. Ela contribuiu e também perdeu, investiu lá um período grande e acabou contribuindo para o desenvolvimento local, mas perdeu aquele campo de treinamento ... (Entrevista 7)

Da mesma forma que ausente na maioria dos depoimentos colhidos, o nome de Miguel Tobar Acosta e sua contribuição ao ensino da FCM/UNICAMP encontra-se como que banido da própria Faculdade, parecendo representar uma história incômoda demais para ser lembrada pelos que nela permaneceram e que se desenvolveram academicamente em tempos políticos de maior liberdade, democracia e respeito aos direitos individuais.

E o Padre Capriotti nos ajudou muito nas Senhoras Católicas, dando-nos espaços para implantar o departamento porque a mim me tiraram do Hospital, porque eu tinha muita ascendência com os estudantes. Então donde quiera que havia uma discussão clínica os estudantes me procuravam para eu dar palpite. Então eles nos jogaram para as Senhoras Católicas e eu perdi a possibilidade de continuar trabalhando dentro do Hospital e aos poucos fui sendo isolado, isolado, isolado, isolado, isolado, até que um belo dia eu estava praticamente fora do Departamento de Medicina Preventiva, no? Então o Capriotti foi e falou com o Reitor [...]. Então o Zeferino, que era demagogo como o diabo, aceitou a sugestão do Padre Capriotti. O Padre Capriotti era muito amigo do professor de Clínica Médica, Sílvio Carvalhal. E então em 82 e abriram um lugar na Pneumologia. (Entrevista 6)

Para mim não foi difícil, não, como já disse para a senhora, eu fui tuberculoso, trabalhei como interno que era mais ou menos uma Residência de hoje em dia, no maior sanatório da Colômbia, adquiri uma experiência fabulosa, me mandaram a trabalhar no interior, em um dispensário de lepra e tuberculosis, e também trabalhar em Saúde Pública; assim fiz minha medicatura rural lá na Colômbia e isto me deu um embasamento tremendamente grande para trabalhar porque yo estava trabalhando na área de conflito, área de guerrilha, em que a gente tinha que se guardar às sete horas da noite e somente podia sair da casa às sete horas da manhã. Somente que, como yo era médico, oficial, yo tinha que atender os casos que, por casualidade, chamassem de noite. Sabe qual foi o primeiro instrumento que me deram para trabalhar? Um revólver. Quando me entregaram o revólver yo disse, "por que?". Então o sujeito disse, "doutor, dispare primeiro". (Entrevista 6)

As duas experiências relatadas neste capítulo, ao lado da história da instituição e do desenvolvimento do currículo, objeto do capítulo anterior, complementam a visão que procurei apresentar sobre a construção social do currículo, compreendida a partir do conhecimento das histórias de vida e das concepções individuais em educação dos sujeitos da pesquisa. No primeiro exemplo, a concepção da Semiologia e da Anatomia Patológica como conceitos integradores dos conhecimentos médicos e a forma mais natural de ensino da medicina fazem parte de sua identidade e um método de trabalho que foi aplicado em toda a vida acadêmica do docente em questão. No segundo exemplo estudado, a concepção de ensino do docente trouxe o foco para as necessidades de saúde da população como elemento central do currículo. Essas concepções, por não encontrarem ressonância no contexto social da escola médica, terminaram por ser inviabilizadas. Este movimento local, no entanto, fez parte da dinâmica das mudanças de caráter amplo e geral que ocorreram no conjunto das escolas médicas no período estudado.



***CONSIDERAÇÕES FINAIS***



Eu acredito que existem *três* currículos numa escola. O currículo que é o discutido, o escrito, o bonito, o arrumado, que está na gaveta do Diretor da Faculdade; o currículo que é *dado*, que está na cabeça do professor; e o currículo que é *seguido* pelo aluno, porque em geral eles seguem esse currículo levando um pouco o interesse dele, mas acima de tudo o mercado de trabalho que ele vai ter fora da escola. Então no fundo ... quem monta o currículo de uma faculdade é o mercado de trabalho *fora* da faculdade, porque o aluno inevitavelmente vai se preparando pro mercado de trabalho. É o *interesse* do aluno que monta o currículo. (Entrevista 3)

A pesquisa conduzida nesta dissertação partiu da verificação de que os principais problemas do ensino médico no Brasil, como a falta de integração dos conhecimentos da área básica e da clínica, a fragmentação dos saberes médicos e a insuficiente articulação com os serviços de saúde, já haviam sido identificados e vinham sendo discutidos há pelo menos três décadas. Essa constatação me levou a questionar se a permanência desses problemas poderia ser explicada apenas pela existência de resistências internas às mudanças por parte das instituições formadoras e por conservadorismo dos profissionais da área médica, ou se a história da medicina, de suas instituições e do surgimento das composições curriculares do curso poderiam fornecer mais e melhores indícios. Ambas assertivas se mostraram corretas.

As evidências coletadas ao longo da pesquisa apontaram para a estreita implicação do contexto histórico e social na seleção do currículo, o currículo “embebido” na história, no sentido de que os conteúdos selecionados para comporem o currículo absorvem e incorporam o contexto histórico e social de onde se originam, refletindo e reproduzindo interesses de toda ordem. Tal contexto se inicia pela carreira prévia e pela experiência de vida do professor, que terminam por formar sua visão de educação e a maneira como esta se estabelece em sua prática. Além dessa premissa, o conhecimento da história de vida individual dentro da história do seu tempo configura com grande margem de acerto qual a dinâmica social que resultou em uma forma de currículo e não em outra. Esse resultado não pode ser considerado neutro, isento, desinteressado, mas um terreno de disputas em constante transformação.

O volume e a riqueza das informações colhidas pelos depoimentos da pesquisa certamente admitiriam outros recortes e análises. Tendo em vista os objetivos e

os limites deste trabalho, o referencial teórico de Ivor Goodson se mostrou adequado e essencial na compreensão da complexidade envolvida na seleção do currículo. Esta complexidade foi surgindo, de maneira imprevista para a autora, pela memória dos docentes, onde foram sendo reveladas as concepções de ensino que subsistiam no currículo existente e a oposição e resistência àquelas com maior potencial de questionamento das estruturas acadêmicas e de poder político de então.

A abordagem do currículo a partir das histórias de vida de indivíduos pertencentes a uma comunidade escolar foi objeto de vários estudos realizados por Goodson, que se mostraram extremamente úteis no desenho e no desenvolvimento desta pesquisa. Neste estudo, no entanto, a história da instituição se mostrou tão fundamental quanto as histórias de vida na obtenção de um quadro mais completo sobre o currículo estudado, não devendo ser subestimada em estudos posteriores da mesma natureza.

A história apresentada neste trabalho mostrou como propostas inovadoras de ensino na área médica foram inviabilizadas por desafiarem interesses de carreira acadêmica e o poder político da instituição estudada. Este processo de exclusão no currículo determinou também a exclusão de importantes lideranças que surgiam no âmbito da escola médica e da Universidade. Por outro lado, mostrou também que mesmo idéias inovadoras, se implantadas sem o respaldo e a participação dos envolvidos no processo de ensino, tendem a ser abandonadas. Nos dois exemplos apresentados, a inovação traduzia o pensamento de poucos docentes ou de um grupo restrito a um único departamento. Contudo, no momento em que a Faculdade decidiu implementar a mudança do Internato para dois anos, as discussões prévias, o consenso dos departamentos e o apoio da Direção, em que pudesse pesar a dificuldade operacional de sua realização, facilitaram a tomada de decisão e a mudança, que permaneceu no currículo.

Os padrões de continuidade e de resistência encontrados nos depoimentos que ajudaram a localizar a história do currículo da FCM/UNICAMP apresentaram questões específicas a essa instituição; contudo, é admissível que esses padrões tenham feito parte do contexto do ensino da maioria das escolas médicas brasileiras durante o período estudado, o que explicaria a situação do ensino médico encontrada no início dos anos noventa pela CINAEM, cuja análise apontou estruturas e objetivos de ensino

totalmente divorciados das necessidades de saúde da população, e realizado a um custo econômico e social impossível de ser sustentado pelas próximas décadas.

Às vésperas de completar quarenta anos, em 2003, a FCM/UNICAMP encontra-se novamente em processo de discussão do ensino e do currículo do curso de Medicina e pela primeira vez na história recente há uma comissão permanente, formada com o objetivo de promover alterações de fundo no currículo e não somente novos arranjos de disciplinas. Sobretudo, foi delegada a essa comissão a tarefa de tentar enfrentar e diminuir a tradicional resistência às idéias de integração de conhecimentos, criação de espaços e conteúdos alternativos para a compreensão das questões éticas envolvidas na prática médica e, principalmente, uma formação orientada para as necessidades de saúde de indivíduos e comunidades.

Voltando à pergunta elaborada na Introdução do trabalho, terão o processo histórico de criação da Faculdade e sua trajetória posterior estabelecido condições para implementar as mudanças pretendidas no curso? Acredito que a resposta se apresenta em toda a sua complexidade, englobando tanto aspectos que podem ser afirmados como positivos quanto aspectos que trazem a sua negação; aspectos relacionados ao contexto mais amplo em que se insere a escola médica, como também aspectos relacionados à sua própria história. Vejamos alguns dos fatos que têm direcionado esses aspectos.

Mesmo tendo em seus primeiros quadros professores oriundos da USP, da FMRP/USP e da Escola Paulista de Medicina, o curso de Medicina da FCM/UNICAMP não conseguiu a princípio se desenvolver nos moldes daquelas instituições. Elementos de interesse local – o anseio por uma faculdade de medicina na cidade atendia interesses da elite política e econômica – além da concorrência com outras unidades de ensino pelos recursos da Universidade em implantação, determinaram que o curso médico ficasse de alguma forma subordinado a essas condições. Por outro lado, tal situação permitiu relativa liberdade e autonomia aos mentores do ensino da FCM/UNICAMP no período estudado, o que se refletiu nas tentativas de inovação no ensino de Medicina, como a integração anátomo-clínica da fase de Sílvio Carvalhal, o ensino na comunidade da fase de Miguel Tobar Acosta, e outros movimentos não explorados neste trabalho, devido ao recorte de seus objetivos e ao tempo exíguo de um Mestrado.

No trabalho de doutoramento a respeito da escolha ocupacional entre estudantes de Medicina da FCM/UNICAMP, no qual estudou as turmas de 1968 a 1970, Nunes (1976) já constatava que, embora o curso de Medicina da FCM/UNICAMP tivesse apresentado uma configuração curricular bastante tradicional, dividida em disciplinas, treinamento realizado basicamente no hospital-escola e programas sob iniciativa e responsabilidade de um departamento e não da instituição, em algumas áreas as preocupações inovadoras estiveram presentes. Salientou os programas de Integração Clínico-Patológica, de 1968; a criação da disciplina de Medicina Integral, de 1970; o programa de Integração Materno-Infantil; o programa de Clínica de Família e posteriormente o de Medicina Comunitária; e a disciplina de Ciências Sociais aplicadas à Medicina, de 1966. Esses programas constituíram, para o autor, progressos em direção a uma formação menos clássica, porém, assinalou que se tornaram circunscritos a certas áreas, não levando a uma reformulação mais ampla do processo formativo (Nunes, 1976: 345-6). As características do currículo do curso de Medicina da FCM/UNICAMP apresentadas por esse autor se mantiveram nos anos posteriores, como pude constatar nesta pesquisa.

O papel reservado à FCM/UNICAMP nas primeiras duas décadas de sua criação, segundo os depoimentos colhidos, foi eminentemente assistencial, com o hospital escola funcionando precariamente numa Santa Casa pobre em recursos. No entanto, conforme salientado por um dos depoentes, mesmo em condições adversas o resultado do curso de graduação na época da Santa Casa era melhor, aparentemente, do que os recursos materiais disponíveis. Isto teria se dado em função do envolvimento de vários professores e por uma ligação mais estreita dos docentes com os alunos, até por limites de espaço físico. A fundação do HC pode ser vista como um divisor de águas, trazendo para o curso de Medicina da FCM/UNICAMP uma nova organização, um cenário de ensino ampliado, mas obedecendo também em maior escala a organização hospitalar e a divisão do conhecimento médico em especialidades. O crescimento dos cursos de Residência Médica no período alijou do curso de graduação a figura do aluno do Internato, que antes assumia maiores responsabilidades com os pacientes e passou a desempenhar funções marginais no processo de ensino.

Por outro lado, a mudança da FCM/UNICAMP para o campus da Universidade, em meados dos anos 80, colocou para os docentes da Faculdade a necessidade de se adequarem às novas exigências de pesquisa, extensão, titulação e publicação, além do regime de dedicação integral, naquela ocasião exercido apenas por uma minoria. Até o final da década de 90 cresceram as pesquisas, a titulação mínima de Doutorado saltou para 85% do total de docentes, porém o currículo de graduação sofreu os efeitos do aumento da fragmentação dos conhecimentos médicos e da pulverização de interesses acadêmicos ao qual se encontrava e ainda se encontra subordinado.

A contratação de novos docentes, levada a cabo durante a década de 80, trouxe para o curso uma nova geração de docentes, a maioria formada na própria Faculdade. A necessidade de titulação acadêmica dessa geração, no entanto, adiou por mais uma década o desenvolvimento de um projeto articulado para o ensino de graduação, com objetivos próprios e menos subordinados às necessidades de pesquisa e especialização. A Comissão Curricular que estuda atualmente a reforma do curso é composta quase que inteiramente por ex-alunos do próprio curso - a geração que viveu algumas experiências relatadas neste trabalho e que agora tem em mãos propor e construir um novo currículo.

Este trabalho não teve a pretensão de contar a história do curso de Medicina ou da FCM/UNICAMP, mas apresentar o peso que os elementos históricos, sociais, políticos e econômicos têm na construção de uma estrutura curricular. Estes elementos foram trazidos pela construção simultânea das memórias de alguns de seus docentes, fazendo emergir na análise o tecido social sobre o qual foi construído o currículo e o ensino médico nessa Instituição. Que implicações o conhecimento desses elementos traz, para a escola médica em questão, no momento em que seu currículo passa por um processo de reestruturação?

Em primeiro lugar, como assinalou Goodson, entender que o currículo inventa a tradição. Desconhecer ou ignorar esse aspecto, para esse autor, significa querer ignorar que as circunstâncias são *“encontradas, dadas e transmitidas diretamente, com base no passado”*. O passado do currículo re-visitado neste trabalho apresentou concepções de ensino que foram abandonadas ao longo da história da instituição e a exclusão de suas lideranças; contudo, com menos nuances ideológicas, essas mesmas

concepções ressurgiram fortemente nas discussões do ensino médico dos anos noventa, como parte da formação ideal a ser buscada pela escola médica. Há, portanto, um perfil de médico a ser formado, baseado na formação geral e orientado às necessidades de saúde da população, conforme formulado nas diretrizes nacionais para o ensino médico. Por outro lado, há uma poderosa estrutura econômica que espera ser sustentada por médicos formandos e instituições médicas, ao lado de uma estrutura acadêmica universitária orientada à especialização e à busca das fronteiras do conhecimento na área médica. Esses elementos conflitantes estiveram e continuam presentes na construção do currículo. A partir do entendimento dessas contradições e tendo em vista os elementos históricos apresentados nesta pesquisa, uma tarefa fundamental é questionar a arbitrariedade do processo de seleção do currículo, que faz com que conhecimentos sejam deslocados em função de outros, perguntando a quem interessa que determinado conhecimento e não outro esteja presente na formação médica de agora.

***REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS,  
OBRAS E DOCUMENTOS CONSULTADOS***

*Referências bibliográficas, obras e documentos consultados*

---

**Documentos consultados do Arquivo Central do Sistema de Arquivos da UNICAMP (SIARQ) dos seguintes acervos:**

- Documentação do Conselho Diretor (CD) e Câmara Curricular (CC), caixas 01 a 13.
- Documentação do Gabinete do Reitor (GR) I, caixa 29.
- Documentação da Secretaria Geral (SG) III. Arquivo Histórico, caixas 11 a 14.

1580 candidatos aos vestibulares de Medicina: deputado pedirá mais vagas. Diário do Povo, Campinas, 31 mar. 1963.

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. s.d.

ACADÊMICOS de medicina realizaram passeata do silêncio. Diário do Povo, Campinas, 14 abr. 1965. p. 7.

ALMEIDA, Eduardo. Of. 18/11/1963.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto n. 66.465, de 20 de abril de 1970. Concede reconhecimento ao curso médico da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas. Diário Oficial da União, Brasília, p. 2937, 22/04. 1970.

BRASIL. Ministério da Educação. Decreto n. 78.531, de 4 de outubro de 1976. Concede reconhecimento à Universidade Estadual de Campinas. Diário Oficial da União, Brasília, Seção I, Parte I. 1976.

DEGNI, Mário. Of. 58/65. 09/04/1965.

Fórum Universitário e Comissões Paritárias na UC. Diário do Povo, Campinas, 13 set. 1968. fls. última.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei n. 2.154, de 30 de junho de 1953. Dá nova redação ao inciso IV do artigo 1º da Lei n. 161, de 24 de setembro de 1948. Diário Oficial do Estado, São Paulo, p. 16, jan./mar., 1. trim. 1953.

*Referências bibliográficas, obras e documentos consultados*

---

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei n. 4.966, de 25 de novembro de 1958. Dispõe sobre a criação da Faculdade de Medicina de Campinas e dá outras providências. Diário Oficial do Estado, São Paulo, p. 5-9, out./dez., 4. trim. 1958.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Lei n. 7655, de 22 de dezembro de 1962. Dispõe sobre a criação da Universidade de Campinas, como entidade autárquica.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Decreto n. 41.690, de 4 de março de 1963. Dispõe sobre a instalação da Faculdade de Medicina na Universidade de Campinas. Diário Oficial do Estado, São Paulo, p. 609, jan./mar., 1. trim. 1963.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 9 de março de 1963, p. 42. Edital de Convocação de interessados para 50 vagas ao 1º ano de Medicina da Faculdade de Medicina de Campinas.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Conselho Estadual de Educação. Conclui pela inexistência legal da Universidade de Campinas e irregularidade da Faculdade de Medicina de Campinas. Processo n. 138-1963. Parecer n. 90-1963, aprovado em 17 de dezembro de 1963. Relator: Honório Monteiro. São Paulo, p. 58-68. 1963.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Diário Oficial do Estado, São Paulo, 14 de abril de 1965, p. 44. Concede o título de Cirurgião do Século ao Dr. Mário Degni, Reitor da Universidade de Campinas.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Conselho Estadual de Educação. Parecer da Comissão de Legislação e Normas, 30 de agosto de 1965.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Conselho Estadual de Educação. Reconhece o curso médico da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Processo n. 1.139-1969. Parecer n. 23-1970, aprovado em 18 de fevereiro de 1970.

PREPARA-SE curso médico em 5 anos. O Estado de São Paulo, São Paulo, 11 set. 1969. p. 22.

UNICAMP: homenagem dos estudantes ao cadáver. Correio Popular de Campinas, Campinas, 10 nov. 1978. p. 7.

*Referências bibliográficas, obras e documentos consultados*

---

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. Reitoria. Portaria n. 1, de 20 de maio de 1963. Diário Oficial do Estado, São Paulo, p. 4, 25/05/1963.

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS. Faculdade de Medicina. Portaria n. 1, de 20 de maio de 1963. Diário Oficial do Estado, São Paulo, p. 4, 25/05/1963.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Câmara Curricular. Ata da 24<sup>a</sup> Reunião, 12/11/1970.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Ciências Médicas. Ata da 13<sup>a</sup> Reunião da Congregação, 24/04/1971.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Faculdade de Ciências Médicas. Processo 2563/70. Of. 303/71, 13/05/1971.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Câmara Curricular. Ata da 53<sup>a</sup> Reunião, 02/09/1971.

VAZ, Zeferino. Ofício GD30, 19/05/1959.

\_\_\_\_\_. Of. 12/10/1965.

\_\_\_\_\_. Of. 24/11/1965.

*Referências bibliográficas, obras e documentos consultados*

---

## **Referências bibliográficas e obras consultadas**

ANDRADE, Carlos Drummond de. **Corpo: novos poemas**. Rio de Janeiro: Record, 1984.

ANDRADE, Jorge. Marco conceptual de la educación médica en la América Latina. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 12, n. 1-3, 1978.

ANDRADE, Maria da Graça Garcia. **O ensino médico e os serviços de saúde: estudo de caso do projeto Paulínia**. 1995. 268 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ANDRÉ, Marli Elisa Dalmazo Afonso de. **Etnografia da prática escolar**. Campinas: Papyrus, 1995.

APPLE, Michael. **Ideologia e currículo**. São Paulo: Brasiliense, 1982.

\_\_\_\_\_. **Conhecimento oficial: a educação democrática numa era conservadora**. Petrópolis: Vozes, 1997.

\_\_\_\_\_. Currículo e poder. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 14, n. 2, jul/dez. 1989.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Lda., 2002.

BERTICELLI, Ireno Antonio. Currículo: tendências e filosofia. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **O currículo nos limiares do contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A, 1999. p. 159-176.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari Knopp. **Qualitative research for education: an introduction to theory and methods**. Boston: Allyn and Bacon, Inc., 1989.

BOK, Derek. **Ensino superior**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988. p. 89-134.

BONFIM, N.F.S; et al. Diagnóstico da situação atual dos currículos da EMB. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 20, Edição Especial, 1996.

BOSI, Alfredo. Fenomenologia do olhar. In: NOVAES, Adauto (Org.). **O Olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 65-87.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Conselho Federal de Educação. **Currículos mínimos dos cursos de graduação**. Brasília, 1981.

BUETTNER, Glória Elisa Bearzotti Pires von. **Análise da estrutura curricular de um curso de Psicologia: subsídios para reestruturação**. 1990. 136 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

CATANI, Afrânio Mendes; OLIVEIRA, João Ferreira. O sistema e a política de avaliação da educação superior no Brasil. **Avaliação**, Campinas, v. 5, n. 3, p. 7-14, set. 2000.

CHALMERS, Alan Francis. **O que é ciência, afinal?** São Paulo: Brasiliense, 1993. p. 23-63.

CHAUÍ, Marilena de Souza. Universidade operacional: a atual reforma do Estado incorpora a lógica do mercado e ameaça esvaziar a instituição universitária. **Folha de São Paulo**, Mais!, 9/5/1999.

\_\_\_\_\_. Ideologia e educação. **Educação & Sociedade**, São Paulo, v. 5, p. 24-40, jan. 1980.

COMISSÃO INTERINSTITUCIONAL NACIONAL DE AVALIAÇÃO DO ENSINO MÉDICO. **Avaliação das escolas médicas no Brasil. Segunda Fase – Primeiro Módulo**. Brasília, 1994.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 32. 1994. Rio de Janeiro. **Anais do XXXII Congresso Brasileiro de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 1995.

CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA. 33. 1995. Porto Alegre. **Anais do XXXIII Congresso Brasileiro de Educação Médica**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 1996.

CUNHA, Luiz Antônio. **A universidade temporã: da colônia à era de Vargas**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1986.

\_\_\_\_\_. **A universidade reformanda**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

CUNHA, Maria Isabel da. **O currículo do ensino superior e a construção do conhecimento**. In: *Memória do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Graduação*, Campinas, 1997.

DIAS SOBRINHO, José. Exames gerais, Provão e avaliação educativa. **Avaliação**, Campinas, v. 3, n. 34, set. 1999.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo: Pioneira, 1975. 125-174.

DREZE, Jacques; DEBELLE, Jean. **Concepções da universidade**. Fortaleza: Edições Universidade Federal do Ceará, 1983.

EDLER, Flávio Coelho. A medicina brasileira no século XIX: un balanço historiográfico. **Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia**. Centro de Estudios Históricos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, v. L, fasc. 2, p. 169-186, 1998.

EDLER, Flávio Coelho; FONSECA, Maria Rachel Fróes da. **História da educação médica no Brasil: culturas e instituições**. 18/09/2000. Curso Pré-Congresso. XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica e X Fórum Nacional de Avaliação do Ensino Médico. Petrópolis, 2000.

\_\_\_\_\_. A formação médica e o nascimento da anatomoclínica. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, v. XXIX, n. 4, p. 8-9, jul./ago. 2001.

\_\_\_\_\_. O surgimento da medicina experimental e reforma curricular. **Boletim ABEM**, Rio de Janeiro, v. XXX, n. 1/2, p. 8-9, jan./abr. 2002.

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS. Boletim Informativo: **I Seminário sobre educação médica n. 01-03**. Campinas, 1980-1981.

\_\_\_\_\_. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**. Número especial comemorativo aos 30 anos da fundação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas, 1993.

\_\_\_\_\_. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP**. Número especial. Seminário sobre Ensino de Graduação em Medicina. v. VIII, n. 1. Campinas, 2000.

FARIAS, Ignez Cordeiro de. Os militares e a política. Depoimento do Coronel Paulo Pinto Guedes. In: MEIHY, José Carlos Sebe Bom (Org.). **(Re)Introduzindo a história oral no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1996. p. 166-167.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. **Universidade do Brasil: das origens à construção**. v. 1. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Inep, 2000.

FAZENDA, Ivani (Org.). **Metodologia da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1994.

\_\_\_\_\_. (Org.) et al. **Novos enfoques da pesquisa educacional**. São Paulo: Cortez, 1992.

FERNANDES, Florestan. **Universidade brasileira: reforma ou revolução?** São Paulo: Alfa-Ômega, 1975.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA, Marieta de Moraes. História oral e tempo presente. In: MEIHY, José Carlos Sebe Bom (Org.) **(Re)Introduzindo a história oral no Brasil**. São Paulo: Xamã, 1996. p. 11-21.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudanças na educação médica & residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/Rede Unida, 1998.

FLEXNER, Abraham. **Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.** New York: Arno, 1972, c1910.

FRAGA FILHO, Clementino; ROSA, Alice Reis. **Temas de educação médica.** MEC/Secretaria de Ensino Superior, Série Monografias de Ensino Superior, v. I, 1979.

GALLIAN, Dante Marcello. A memória do exílio: reflexões sobre interpretação de documentos orais. In: MEIHY, José Carlos Sebe Bom (Org.). **(Re)Introduzindo a história oral no Brasil.** São Paulo: Xamã, 1996. p. 141-150.

GAMBOA, Silvio. A dialética da pesquisa em educação: elementos de contexto. In: FAZENDA, Ivani. **Metodologia da pesquisa educacional.** São Paulo: Cortez, 1994.

GARCIA, Juan César . Análise da educação médica na América Latina. In: NUNES, Everardo Duarte (Org.). **Pensamento social em saúde na América Latina.** São Paulo: Cortez, 1989. p. 68-99; 169-232.

GATTAZ, André Castanheira. Lapidando a fala bruta: a textualização em história oral. In: MEIHY, José Carlos Sebe Bom (Org.). **(Re)Introduzindo a história oral no Brasil.** São Paulo: Xamã, 1996. p. 135-140.

GINZBURG, Carlo. Sinais: raízes de um paradigma indiciário. In: \_\_\_\_\_ **Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história.** São Paulo: Companhia das Letras, 1990. p. 143-179.

GONÇALVES, Ernesto Lima. As Santas Casas e o desenvolvimento do ensino médico no Brasil. **Boletim ABEM,** Rio de Janeiro, v. XXVIII, n. 3, p. 6-8, jul./ago. 2000.

GOODSON, Ivor. **The making of curriculum: collected essays.** London: The Falmer Press, 1988.

\_\_\_\_\_. **Currículo: teoria e história.** Petrópolis: Vozes, 1995.

\_\_\_\_\_. **A construção social do currículo.** Lisboa: EDUCA, 1997.

\_\_\_\_\_. **O currículo em mudança:** estudos na construção social do currículo. Porto: Porto Editora Lda., 2001.

GOUBERT, Jen-Pierre. Twenty years on: problems of historical methodology in the history of health. In: PORTER, Roy; WEAR, Andrew (Ed.). **Problems and methods in the history of medicine.** London: C. Helm, 1987. p. 40-56.

IBÁÑEZ, Nelson; MARSIGLIA, Regina. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico.** São Paulo: Hucitec, 2000. p.49-74.

JANOTTI, Maria de Lourdes Mônaco. Refletindo sobre história oral: procedimentos e possibilidades. In: MEIHY, José Carlos Sebe Bom (Org.). **(Re)Introduzindo a história oral no Brasil.** São Paulo: Xamã, 1996. p. 56-62.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil.** 2002. 219 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, Rio de Janeiro.

KERR, Clark. **Os usos da universidade.** Fortaleza: Edições Universidade Federal do Ceará, 1982. p. 19-48; 107-123.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

LANG, Alice Beatriz da Silva Gordo. História oral: muitas dúvidas, poucas certezas e uma proposta. In: MEIHY, José Carlos Sebe Bom (Org.). **(Re)Introduzindo a história oral no Brasil.** São Paulo: Xamã, 1996. p. 33-47.

LIMA, Elói José da Silva. **A criação da UNICAMP:** administração e relações de poder numa perspectiva histórica. 1989. 166 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

LÖWY, Michael. **Ideologias e ciência social:** elementos para uma análise marxista. São Paulo: Cortez, 1989.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli Elisa Dalmazo Afonso de. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, Madel. Do saber médico ao poder institucional burocrático. In: \_\_\_\_\_. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1986. p. 161-201.

\_\_\_\_\_. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental, contemporânea, homeopática, tradicional chinesa e ayurvédica. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 181-200.

MARSIGLIA, Regina Giffoni; SPINELLI, Selma Patti. As ciências sociais em saúde e o ensino. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1995. p. 123-132.

MASSERA, Ema Júlia. **Ideologia e currículo: o método indutivo no ensino de história – estudo de caso de diretrizes curriculares para estudos sociais**. 1984. 237 f. Dissertação (Mestrado em História). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. p. 46-68.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. São Paulo: Loyola, 1996.

MENDELSON, Everett. The social construction of scientific knowledge. In: MENDELSON, Everett; WEINGART, Peter; WHITLEY, Richard (Eds.). **The social production of scientific knowledge**. Dordrecht: D. Reidel Publ. Co., 1977.

MENEGHEL, Stela Maria. **Zeferino Vaz e a UNICAMP: uma trajetória e um modelo de universidade**. 1994. 168 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa. **Currículos e programas no Brasil**. Campinas, Papirus, 1995.

\_\_\_\_\_. A crise da teoria curricular crítica. In: COSTA, Marisa Vorraber (Org.). **O currículo nos limiares do contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A, 1999. p. 11-36.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Currículo: questões atuais**. Campinas: Papirus, 2001. p. 9-28.

MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa; SILVA, Tomaz Tadeu da (Orgs.). **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 1997.

NUNES, Everardo Duarte. **A medicina como profissão**: contribuição ao estudo da escolha ocupacional entre estudantes de medicina. 1976. 369 f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva e Social). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

\_\_\_\_\_. A medicina social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; MERHY, Émerson Elias; NUNES, Everardo Duarte (Orgs.). **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 113-134.

PAIM, Jairmilson Silva. Educación médica en la década de 1990: el optimismo no basta. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 25, n. 1, p. 48-57, 1991.

PEREIRA, L. **Capitalismo autônomo e associado**: duas fases do Brasil contemporâneo. Ed. Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1971.

PROTA, L. **Um novo modelo de universidade**. São Paulo: Convívio, 1987. p. 53-111.

PINOTTI, José Aristodemo. **Ação e reflexão**: política, educação e saúde. Campinas: Papyrus: Ed. da UNICAMP, 1986.

POMEROY, D. Implications of teacher's beliefs about the nature of science: comparison of the beliefs of scientists, secondary science teachers, and elementary teachers. **Science Education**, New York, v. 77, n. 3, 1993.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira de. Relatos orais: do "indizível" ao "dizível". **Ciência e Cultura**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 272-286, mar. 1987.

RIBEIRO, Darcy. Modelos clássicos de universidade. In: \_\_\_\_\_. **A universidade necessária**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. p. 45-83.

RIBEIRO, Zilda. **A FCM-UNICAMP como geradora de recursos humanos**. Campinas: mimeo, 1985.

ROTHBLATT, Sheldon; WITTRÖCK, Björn. **La universidad europea y americana desde 1800**: las tres transformaciones de la universidad moderna. Barcelona: Ediciones Pomares-Corredor, 1996. p. 7-83; 156-206.

SACRISTÁN, Jose Gimeno. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 13-37; 101-106; 201-280; 312-334.

SANTANA, J.P. - Organização Pan-Americana de Saúde – **Os cursos de Medicina no Brasil**: análise preliminar dos dados do sistema de informações sobre escolas médicas. Brasília, 1986.

SANTOS, Boaventura Souza. Da idéia de universidade à universidade de idéias. In: \_\_\_\_\_. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 187-233.

SANTOS FILHO, José Camilo dos. Investigación cuantitativa versus investigación cualitativa. El desafío paradigmático. In: GAMBOA, Sílvio Sanches (Org.). **Pesquisa educacional: quantidade-qualidade**. São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. Análise teórico-política do Exame Nacional de Cursos. **Avaliação**, Campinas, v. 4, n. 3, set. 1999.

SAVIANI, Dermeval. **Da nova LDB ao Plano Nacional de Educação**: por uma outra política educacional. Campinas: Autores Associados, 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima. **Educação médica e capitalismo**: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista. Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1989.

\_\_\_\_\_. Profesión médica, representación, trabajo y cambio. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 25, n. 1, p. 58-71, 1991.

\_\_\_\_\_. A profissão de ser médico. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 75-98.

SGUISSARDI, Valdemar (Org.). **Educação superior**: velhos e novos desafios. São Paulo: Xamã, 2000.

SILVA, Tomaz Tadeu. **Teorias do currículo: uma introdução crítica**. Porto: Porto Editora, 2000.

SOARES, Magda. **Metamemória-memórias: travessia de uma educadora**. São Paulo: Cortez, 1991.

SORDI, Mara Regina Lemes de. **Repensando a prática de avaliação no ensino de enfermagem**. 1993. 135 f. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

TEIXEIRA, Anísio. **A universidade de ontem e de hoje**. Rio de Janeiro: Editora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1998.

THOMPSON, Paul Richard. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. p. 20-44; 104-37; 138-96; 197-216.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS. Biblioteca da Faculdade de Educação. **Curso online de citações bibliográficas**. SANTOS, Gildenir Carolino; PASSOS, Rosemary. Disponível em: <<http://www.bibli.fae.unicamp.br/citbib/cbb/html>>. Acesso em: 26 abril 2002.

\_\_\_\_\_. Biblioteca da Faculdade de Educação. **Diretrizes para formação e estrutura de dissertações e/ou teses: aplicações e sugestões da Biblioteca da Faculdade de Educação da UNICAMP**. SANTOS, Gildenir Carolino. Disponível em: <<http://www.bibli.fae.unicamp.br/teses.html>>. Acesso em: 26 abril 2002.

\_\_\_\_\_. Diretoria Acadêmica. **Catálogo dos Cursos de Graduação**. Campinas, 1972-1992.

\_\_\_\_\_. Pró-Reitoria de Graduação. **Seminário de Estudos e Propostas para a Graduação: síntese das proposições dos grupos de trabalho**. Campinas, 1998.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Biblioteca Universitária. Serviço de Referência. **Como fazer referências: bibliográficas, eletrônicas e demais formas de documentos**. ALVES, Maria Bernardete Martins; ARRUDA, Susana Margareth. Disponível em: <<http://www.bu.ufsc.br>>. Acesso em: 23 abril 2002.

*Referências bibliográficas, obras e documentos consultados*

---

VALLES, Miguel. **Técnicas cualitativas de investigación social:** reflexión metodológica y práctica profesional. Editorial Síntesis Sociología Ltda., 1999. p. 82-89.

ZANOLLI, Maria de Lurdes. **A atenção à saúde da criança em Paulínia:** um campo de prática da pediatria social. 1999. 234 f. Tese (Doutorado em Pediatria). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

*Referências bibliográficas, obras e documentos consultados*

---

***ANEXO 1***  
***Cronologia de instalação da FCM/UNICAMP***



**1946** - Uma campanha pela implantação de uma faculdade de medicina na cidade é deflagrada por iniciativa do jornalista Luso Ventura, do jornal Diário do Povo.

**1948** – Aprovação da Lei nº 161, de 24 de setembro, dispondo sobre o plano de criação de novas escolas superiores no interior do Estado de São Paulo, subordinadas à USP.

**1953** – Aprovação da Lei nº 2154, de 30 de junho, acrescentando à lei de criação das escolas superiores o item IV, criando a *Faculdade de Medicina de Campinas*, a partir de uma emenda do Deputado Ruy de Almeida Barbosa.

**1955** – Criado por iniciativa da Associação Comercial e do Centro de Ciência, Letras e Artes de Campinas o Conselho de Entidades de Campinas, com a finalidade de debater os problemas sociais e defender os interesses da cidade, entre eles a instalação da *Faculdade de Medicina*.

**1958** – Aprovação da Lei nº 4996/58, de 25 de novembro, criando a *Faculdade de Medicina de Campinas* como instituto isolado de ensino superior. Nos anos seguintes a bancada campineira na Assembléia Legislativa do Estado manteve a pressão para a instalação da faculdade, criada somente na lei.

**1959** – Designação, pelo Conselho Estadual de Educação de São Paulo (CEE/SP) de uma comissão com o intuito de opinar sobre a criação de uma nova faculdade de medicina no Estado. O parasitologista Zeferino Vaz era um dos membros da comissão, mas desliga-se em 19 de maio do mesmo ano.

**1961** – Constituído pelo Reitor da USP, Antonio Barros de Ulhôa Cintra, a pedido do governador Carlos Alberto de Carvalho Pinto, um grupo de trabalho para estudar e propor a criação de um núcleo universitário em Campinas.

**1962** – Aprovação da Lei nº 7655 de 22 de dezembro, criando como entidade autárquica a Universidade de Campinas. O artigo 29 incorporava a *Faculdade de Medicina de Campinas* à Universidade e definia o início do curso de Medicina para o ano de 1963. A lei de criação da Universidade dispunha que enquanto não fossem baixados seus próprios estatutos, seriam aplicados, para a solução dos casos omissos, o Estatuto e as demais disposições legais referentes à USP.

**1963** – Autorização de funcionamento da *Faculdade de Medicina*, instalada provisoriamente na Maternidade de Campinas. Realizado o primeiro vestibular em abril.

Em 08 de maio é instalado o Conselho de Curadores da Universidade e em 20 de maio é proferida aula inaugural do curso de Medicina pelo Reitor da USP, Antônio Barros de Ulhôa Cintra.

**1965** – Criada a Comissão Organizadora da Universidade, subordinada ao Conselho Estadual de Educação, tendo como presidente o parasitologista Zeferino Vaz. A *Faculdade de Medicina* firma convênio com a Santa Casa de Misericórdia de Campinas e o curso médico se transfere para suas instalações. São criados os departamentos de Medicina Preventiva e Social (DMPS) e de Clínica Médica, o primeiro tendo como Coordenador o médico colombiano *Miguel Ignacio Tobar Acosta*.

**1967** – *Sílvio dos Santos Carvalhal* é nomeado Chefe do Departamento de Clínica Médica.

**1970** – Tem início o convênio da Universidade com a Prefeitura de Paulínia, com o objetivo de criar uma unidade de assistência médico-sanitária articulada à formação de recursos humanos em saúde.

**1974** – Acusados de subversão, o Coordenador do Projeto de Paulínia e do DMPS, *Miguel Tobar Acosta* e outros profissionais do Departamento, são afastados de suas funções por ato do Reitor da UNICAMP, Zeferino Vaz.

**1975** – Lançada a pedra fundamental do Hospital das Clínicas, no campus da UNICAMP.

**1979** – Inicia-se o atendimento ambulatorial no Hospital das Clínicas.

**1983** – O Internato do curso de Medicina passa a ser registrado no Catálogo de Cursos de Graduação da UNICAMP com a duração de dois anos.

**1986** – Inauguração do Hospital das Clínicas e transferência final da *Faculdade de Ciências Médicas* para o campus da UNICAMP. O curso clínico passa a ser ministrado nas dependências do HC/UNICAMP.

***ANEXO 2***  
***Lista das disciplinas do currículo do curso de***  
***Medicina da FCM/UNICAMP – 1972 a 1992***



**1º ANO - 1º SEMESTRE**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
BA101	Anatomia Sistemática I	1972	1976
BA111	Neuroanatomia	1972	1976
BB101	Não identificada	1972	1973
BB111	Não identificada	1972	1973
EF101	Educação Física Desportiva	1972	-
ME192	Não identificada	1972	1974
PB101	Estudo de Problemas Brasileiros	1972	1978
BB103	Bioquímica Básica III	1973	1974
BB131	Bioquímica Básica (Medicina)	1974	1986
ME171	Bioestatística (Medicina)	1974	1971
ME172	Estatística Vital	1981	1992
BB104	Bioquímica Fisiológica	1986	1989
MD223	Atenção à Saúde no Brasil	1990	-

**1º ANO - 2º SEMESTRE**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
BA201	Não identificada	1972	1973
BA221	Não identificada	1972	1973
BH201	Não identificada	1972	1974
EF201	Educação Física Desportiva	1972	1987
MD222	Introdução à Medicina Preventiva e Social / População e Saúde	1972	1987
PB201	Estudo de Problemas Brasileiros	1972	1987
BA231	Anatomia Sistemática III / Anatomia Sistemática II (Angiologia e Esplamenologia)	1973	1976
BA241	Anatomia Topográfica	1973	1975
BH231	Citologia, Histologia e Embriologia Geral para Medicina	1974	-
BA251	Anatomia Médico-Cirúrgica, Radiológica e Bioscópica	1975	1980
MD002	A Relação Médica	1987	-
MD223	Atenção à Saúde no Brasil	1987	1992
PB101	Estudo de Problemas Brasileiros	1987	-
BB104	Bioquímica Fisiológica	1990	-
EN453	Procedimentos Fundamentais à Assistência ao Paciente	1990	-

**2º ANO - 3º SEMESTRE**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
BF301	Biofísica I	1972	1980
BF311	Fisiologia I	1972	1980
BG311	não identificada	1972	1973
BH301	não identificada	1972	1973
BP301	Parasitologia Médica / Parasitologia Médica I	1972	-
EF301	Educação Física Desportiva	1972	1987
BH311	Histologia Especial p/ Medicina / Histologia e Embriologia Especiais p/ Medicina / Histologia e Embriologia Especiais	1973	-
PB201	Estudo de Problemas Brasileiros	1978	-
BF331	Fisiologia e Biofísica III	1980	-
MD002	A Relação Médica	1985	1987

**2º ANO - 4º SEMESTRE**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
BF401	Não identificada	1972	1973
BF411	Não identificada	1972	1973
BM401	Microbiologia e Imunologia	1972	1990
EF401	Educação Física Desportiva	1972	1987
MD401	Integração Anátomo-Fisio-Semiológica / Introdução à Semiologia Médica	1972	1978
MD422	Ciências Sociais Aplicadas à Medicina	1972	-
BF421	Biofísica II	1973	1980
BF431	Fisiologia II	1973	1980
MD402	Semiologia I	1978	1987
BF441	Fisiologia e Biofísica IV	1980	-
EN452	Princípios de Enfermagem	1980	1990
BM402	Microbiologia	1990	-
BM403	Imunologia	1990	-
MD581	Psicologia Médica I	1990	-
	<i>Créditos Eletivos entre:</i>		
MD412	Genética Médica I		
ME172	Estatística Vital		

**3º ANO - 5º SEMESTRE**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
MD501	Semiologia I / Genética Médica II	1972	1978
MD511	Genética Humana I / Genética Médica	1972	1992
MD521	Farmacologia I	1972	-
MD522	Epidemiologia	1972	1991
MD531	Anatomia Patológica I	1972	-
MD581	Psicologia Médica I	1972	1990
EF501	Educação Física Desportiva	1972	1974
MD502	Semiologia II / Semiologia I	1978	-
MD681	Psicologia Médica II	1991	-

**3º ANO - 6º SEMESTRE**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
MD601	Semiologia II	1972	1978
MD611	Genética Humana II / Genética Clínica	1972	-
MD621	Farmacologia II e Quimioterapia	1972	1987
MD631	Anatomia Patológica II	1972	1987
MD632	Patologia Clínica	1972	1980
MD651	Integração Clínico-Patológica I	1972	1978
MD652	Enfermagem	1972	1978
MD661	Não identificada	1972	1973
MD671	Medicina Integral I	1972	1978
MD681	Psicologia Médica II / Medicina Psicossomática / Psicologia do Desenvolvimento-Psicologia II / Psicologia Médica II	1972	1991
EF601	Educação Física Desportiva	1972	1974
MD602	Semiologia III / Semiologia II	1978	-
MD633	Anatomia Patológica II	1987	-
MD634	Citologia Diagnóstica	1987	-
MD522	Epidemiologia	1991	-

**4º ANO - 7º SEMESTRE**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
EF701	Educação Física Desportiva	1972	1974
MD741	Não identificada	1972	1973
MD751	Integração Clínico-Patológica II	1972	1978
MD761	Radiologia	1972	-
MD771	Medicina Integral II / Doenças Transmissíveis I	1972	1980
MD772	Integração Materno-Infantil I	1972	1976
MD781	Psicopatologia I	1972	1983
MD791	Cirurgia Geral / Cirurgia Geral e Técnica Cirúrgica	1972	1983
MD721	Medicina Social	1973	1986
MD792	Técnica Cirúrgica	1974	1975
MD773	Obstetrícia I	1976	1978
MD774	Clínica Pediátrica I	1976	1983
MD702	Medicina Interna I	1978	-
MD705	Dermatologia / Dermatologia e Venereologia	1978	1986
MD793	Patologia Clínica	1983	-
MD794	Cirurgia Geral e Técnica Cirúrgica	1983	-
MD795	Medicina Legal e Deontologia	1983	-
MD896	Psicopatologia	1987	-
MD723	Medicina do Trabalho e Saúde Ambiental	1988	-

**4º ANO - 8º SEMESTRE**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
EF801	Educação Física Desportiva	1972	1974
MD741	Não identificada	1972	1973
MD791	Não identificada	1972	1973
MD871	Medicina Integral III	1972	1978
MD872	Integração Materno-Infantil II	1972	1976
MD873	Medicina de Urgência / Obstetrícia II	1972	1976
MD874	Integração Clínico-Patológica III	1972	1978
MD875	Imunologia Aplicada e Alergia	1972	1978
MD876	Endocrinologia	1972	1978
MD877	Nefrologia	1972	1978
MD881	Psicopatologia II	1972	1983
MD888	Não identificada	1972	1973
MD891	Não identificada	1972	1973
MD810	Hematologia	1973	1978
MD841	Doenças Transmissíveis	1973	-
MD892	Técnica Cirúrgica / Cirurgia Plástica e Cirurgia Urológica	1975	1983
MD884	Clínica Pediátrica II	1976	1983
MD802	Medicina Interna II	1978	-
MD632	Patologia Clínica	1980	1983
MD893	Oftalmologia	1983	-
MD894	Otorrinolaringologia	1983	-
MD895	Clínica Pediátrica	1983	-
MD896	Psicopatologia	1983	1987
MD705	Dermatologia e Venereologia	1987	-
MD831	Semiologia Obstétrica e Ginecológica	1987	-
MD899	Bases de Clínica Cirúrgica	1987	-

**5º ANO - 9º e 10º SEMESTRES**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
EF001	Não identificada	1972	1973
EF901	Educação Física Desportiva	1972	1973
MD901	Ortopedia e Traumatologia	1972	1983
MD902	Cardiologia	1972	1980
MD903	Moléstias do Aparelho Digestivo	1972	1983
MD904	Neurologia Clínica e Cirúrgica	1972	1983
MD905	Dermatologia e Venereologia	1972	1983
MD906	Moléstias Vasculares Periféricas	1972	1983
MD907	Urologia	1972	1983
MD908	Pneumologia	1972	1983
MD909	Reumatologia	1972	1983
MD910	Não identificada	1972	1973
MD911	Oftalmologia	1972	1983
MD912	Otorrinolaringologia	1972	1983
MD913	Medicina Legal	1972	1983
MD921	Clínica Preventiva	1972	1983
MD931	Patologia Tocoginecológica	1972	1983
MD932	Patologia Infantil	1972	1983
MD981	Psiquiatria Clínica	1972	1983
MD988	Anestesiologia	1973	1983
MD001	Avaliação Geral	1978	1982
MD915	Tocoginecologia	1983	-
MD916	Pediatria	1983	-
MD917	Neurologia	1983	-
MD918	Ortopedia e Traumatologia	1983	-
MD919	Psiquiatria	1983	-

**6º ANO - 9º e 10º SEMESTRES DE 1972 A 1975, COM RODÍZIOS OPCIONAIS**

1972 – em semanas	1973 – em semanas	1974 – em semanas	1975 – em semanas
<b>Rodízio Clássico</b>	<b>Rodízio Clássico</b>	<b>Rodízio 1:</b>	<b>Rodízio 1:</b>
12 em Tocoginecologia	8 em Tocoginecologia	6 períodos de 8 sem. em	6 períodos de 8 sem. em
12 em Pediatria	8 em Pediatria	Clínica Médica	Clínica Médica
12 Cl.Médica/Cirurgia	8 em Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Clínica Cirúrgica
6 em Opcionais	8 em Clínica Cirúrgica	Patologia Infantil (Pediatria)	Patologia Infantil (Pediatria)
6 Emergência	16 semanas em:	Tocoginecologia	Tocoginecologia
<b>Opção de 12 semanas:</b>	Emergência	Medicina de Urgência	Medicina de Urgência
<i>Opção por 4 deptos.</i>	Anestesia	3 períodos em quaisquer	3 períodos em quaisquer
Clínica Médica	Opcional	<b>Rodízio 1:</b>	<b>Rodízio 1:</b>
Clínica Cirúrgica	<b>Opção de 12 semanas</b>	<i>48 sem. por um depto.</i>	<i>48 sem. por um depto.</i>
Tocoginecologia	<i>Opção por 4 deptos.</i>	Clínica Médica	Clínica Médica
Pediatria	Clínica Médica	Clínica Cirúrgica	Clínica Cirúrgica
Patologia	Clínica Cirúrgica	Tocoginecologia	Tocoginecologia
Farmacologia	Tocoginecologia	Pediatria	Pediatria
Neurologia	Pediatria	Anatomia Patológica	Anatomia Patológica
Psiquiatria	Patologia	Farmacologia	Farmacologia
Ortopedia	Farmacologia	Neurologia	Neurologia
Oftalmo-Otorrino	Neurologia	Psiquiatria	Psiquiatria
<b>Opção de 48 semanas:</b>	Psiquiatria	Ortopedia	Ortopedia
<i>Opção por um depto.</i>	Ortopedia	Oftalmo-Otorrino	Oftalmo-Otorrino
Clínica Médica	Oftalmo-Otorrino	Microbiologia	Microbiologia
Clínica Cirúrgica	Genética	Genética	Genética
Tocoginecologia	Preventiva		
Pediatria	<b>Opção de 48 semanas:</b>		
Patologia	<i>Opção por um depto.</i>		
Farmacologia	Clínica Médica		
Neurologia	Clínica Cirúrgica		
Psiquiatria	Tocoginecologia		
Ortopedia	Pediatria		
Oftalmo-Otorrino	Anatomia Patológica		
	Farmacologia		

**6º ANO - 9º e 10º SEMESTRES A PARTIR DE 1976, SEM RODÍZIOS OPCIONAIS**

<b>Código</b>	<b>Denominação da disciplina</b>	<b>Ano de entrada no catálogo</b>	<b>Ano de saída do catálogo</b>
MD920	Clínica Médica	1976	1978
MD930	Clínica Cirúrgica	1976	1978
MD940	Patologia Infantil	1976	1978
MD950	Tocoginecologia	1976	1978
MD960	Emergência	1976	1978
MD970	Ortopedia	1976	1978
MD980	Neurologia	1976	1978
MD100	Internato I (Tocoginecologia)	1978	1980
MD200	Internato II	1978	1980
MD101	Internato I (Tocoginecologia)	1980	1983
MD102	Internato II (Pediatria)	1980	1983
MD103	Internato III (Clínica Médica)	1980	1983
MD104	Internato IV (Clínica Cirúrgica)	1980	1983
MD105	Internato V (Opcional)	1980	1983
MD106	Internato VI (Opcional)	1980	1983
MD107	Internato VII (Neurologia)	1980	1983
MD108	Internato VIII (Medicina Comunitária)	1980	1983
MD109	Internato IX (Emergência)	1980	1983
MD110	Clínica Médica	1983	-
MD111	Clínica Cirúrgica	1983	-
MD112	Emergência	1983	-
MD113	Anestesiologia	1983	-
MD114	Medicina Comunitária	1983	-
MD115	Medicina do Trabalho	1983	1987
MD116	Estágio Multidisciplinar - Hospital Municipal de Paulínia	1988	-





## **Roteiro das Entrevistas**

Identifique-se pelo nome, cargos que ocupou na FCM/UNICAMP e época em que exerceu estes cargos. *(coordenadores, diretores ou professores)* Identifique-se pelo nome e ano de graduação na FCM/UNICAMP. *(ex-alunos)*

Como você via o ensino e o currículo da medicina na época? *(de coordenação/direção/docência ou graduação, para ex-alunos)* Quais eram as maiores satisfações com ele e as maiores preocupações quanto a formar o perfil desejado de médico?

Qual era o perfil desejado de médico na época?

Como este médico era recebido na sociedade?

Havia descontentamentos com o currículo?

Quais foram as modificações implementadas?

Como eram recebidas?

Você pessoalmente mudou sua visão do que é ser médico hoje da que tinha na época?

Quais são, em sua opinião, os valores que devem estar presentes na formação do médico hoje?

Quais as crenças filosóficas que no seu entender foram vitais para a construção da FCM/UNICAMP? Acredita que elas foram duradouras? Quem contribuiu para formulá-las?



***ANEXO 4***  
***Consentimento livre e esclarecido para pesquisa***



## **Consentimento Livre e Esclarecido para Pesquisa**

**Projeto:** Estudo de caso do curso de Medicina da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP e das mudanças curriculares. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Educação - UNICAMP

**Objetivo:** Levantar as características do ensino de medicina na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP por meio da análise das alterações introduzidas no currículo.

**Procedimento de pesquisa:** Entrevista semi-estruturada.

**Pesquisadora:** Maria Cristina Briani

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira – F. Educação – UNICAMP

1. A pesquisadora responsabiliza-se pelo caráter confidencial das informações obtidas por meio da entrevista, de maneira que a identidade do entrevistado não seja exposta nas conclusões do trabalho.
2. A pesquisadora responsabiliza-se por dirimir as dúvidas que o entrevistado tenha a respeito dos fins do trabalho e do uso das informações coletadas.
3. As informações coletadas na entrevista não serão utilizadas para outro fim que não o da análise de dados para o desenvolvimento da Dissertação de Mestrado acima referida.

---

Maria Cristina Briani  
*Pesquisadora*

Autorizo o uso das informações prestadas na entrevista para fins acadêmicos.  
Local e data.

---

*Entrevistado*

Contatos:

Maria Cristina Briani: [mcbriani@yahoo.com.br](mailto:mcbriani@yahoo.com.br) / 3788-8878 (com.) 3289-8152 (res.)

Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira: [eaguiar@obelix.unicamp.br](mailto:eaguiar@obelix.unicamp.br) / 3788-4757 (PRG)



***MEMORIAL***



*Há* um ano, em junho de 2001, numa tarde de domingo, eu me encontrava em casa transcrevendo a primeira entrevista que realizei para minha pesquisa do Mestrado e ao procurar um livro acabei encontrando o convite da Universidade Estadual de Campinas para a Solenidade Única de Formatura de 1986. Era o convite da minha colação de grau no curso de Ciências Econômicas, cujo patrono foi Henfil e o Reitor que presidiu a cerimônia Paulo Renato Costa Souza.

Abrindo o convite me deparei com a poesia “O Outro”, de Carlos Drummond de Andrade. Ao relê-la, tantos anos depois, percebi emocionada que *quase ao acaso* acabava de encontrar o texto que eu imaginava para abrir meu trabalho. E registrando agora minha própria trajetória penso que também *quase ao acaso* acabei por realizar este trabalho. *Quase*.

Por que educação? Por que medicina? E por que currículo?

A educação e a medicina me acompanham há tempos. Minha mãe Maria Helena Teixeira Barbosa Briani era professora primária, como quase todas as moças das boas famílias de uma cidade do interior, formada na Escola Normal de Tatuí. A medicina entrou na minha vida ao me casar em 30 de abril de 1975 com Marcelo Conrado dos Reis, estudante do 2º ano de medicina da Universidade de Brasília (UnB). Eu tinha então 16 anos e abandonei o 2º colegial em Santo André para acompanhá-lo e viver em Brasília. Em 13 de outubro do mesmo ano nasceu Maurício Conrado dos Reis, no hospital-escola da Unb, na cidade satélite de Sobradinho. Morávamos na 407 Norte, em frente à UnB e começou aí, sem que eu ainda percebesse, um longo "caso de amor" com a universidade.

Em 1976, o desfecho de uma greve dos estudantes da UnB que se prolongou por mais de um semestre e provocou uma greve nacional de solidariedade, foi o primeiro golpe nos nossos sonhos, com Marcelo e mais de 400 alunos de diversos cursos jubilados da universidade, então dirigida por um militar. Em novembro do mesmo ano, um dia após as eleições, minha mãe é operada de um câncer no colo uterino, em estágio inicial, no Hospital do Servidor Público em São Paulo. Nós havíamos viajado para votar sem saber da cirurgia e eu decido ficar em Santo André ajudando nos cuidados da casa e acompanhando meu pai e meus irmãos nas visitas e vigílias ao hospital. No dia 6 de

fevereiro de 1977 minha mãe faleceu, depois de complicações pós-operatórias agravadas por um histórico de tuberculose contraída na juventude, que quase sessenta dias de terapia intensiva não conseguiram vencer. Eu tinha 18 anos, ela 51.

De volta a Brasília das piores férias da minha vida e ainda atordoado com o desfecho da greve e o julgamento desfavorável ao nosso recurso contra a jubilação<sup>1</sup>, começamos os dois a trabalhar. Eu conseguira trabalho na Secretaria de Tecnologia Industrial (STI), uma autarquia do Ministério da Indústria e Comércio que à época analisava os pedidos de financiamento de projetos ligados ao Proálcool. Como havia feito um curso de datilografia em Santo André alguns meses antes do casamento, não me foi difícil conseguir a vaga e logo meu trabalho começou a ser elogiado pela qualidade e rapidez (de passagem diga-se que só terminei o tal curso por insistência de minha mãe, que com toda sabedoria dizia que eu "tinha que ter uma profissão"). Por meu lado eu adorava trabalhar, pois não me limitava a datilografar, nas "velhas" IBM elétricas, as pautas das reuniões ou ofícios ao ministro, mas lia com atenção todos os processos, por curiosidade e para melhor compreender o trabalho que fazíamos ali.

Trabalhei por seis meses na STI enquanto Marcelo ajudava um amigo em sua loja de antenas, quando um dia precisei ir ao ginecologista e fomos procurar um amigo no Hospital do Exército. Marcelo, que àquela altura ainda pensava se continuava ou não na medicina, teve naquela tarde um sinal muito forte, dentro do hospital, de que sua vocação era aquela e de que não deveria desistir. Em poucos dias decidimos marcar o retorno a São Paulo, o que foi feito ao final de 1978. Entre Ribeirão Preto e Campinas acabamos optando por Campinas, por razões de ordem prática: minha chefia na STI, Susana Kauer Silva, indicou-me para trabalhar em uma empresa que funcionava no campus da UNICAMP, a Companhia de Desenvolvimento Tecnológico (CODETEC), cujo Diretor-Presidente era Rogério César de Cerqueira Leite, um físico respeitado que eu admirava pelos artigos que escrevia na Folha de São Paulo.

Na primeira ida à UNICAMP no início de 1979 para conhecermos meu futuro local de trabalho tivemos uma surpresa: "onde está a polícia?", perguntamos. A resposta

---

<sup>1</sup> Nunca vou entender como "jubilação" (e não jubramento) pode significar ao mesmo tempo: "1. Ato ou efeito de jubilar ou jubilar-se, de encher (se) de júbilo; grande alegria; contentamento. 2. Aposentadoria (honrosa, por via de regra) de professor. 3. Desligamento ou afastamento de um aluno da Universidade". Dicionário Básico da Língua Portuguesa Aurélio Buarque de Holanda Ferreira, 1988.

que tivemos foi que "aqui no campus a única guarda policial é a do Banco". Acostumados à ocupação da UnB pelo exército, com soldados armados e cães, sentimos um alívio indescritível. A CODETEC estava instalada em uma construção simples, um barracão com piso de lajotas e instalações elétricas aparentes, em frente ao antigo Departamento de Música, onde funciona hoje o Instituto de Geociências. Ainda não havia sido criado o Instituto de Artes e ao lado do Departamento de Música funcionava uma cantina onde almoçava Zeferino Vaz, Reitor da UNICAMP. Eu o via passar diariamente, um senhor de estatura baixa, falante e que cumprimentava a todos. A CODETEC era uma empresa de capital misto que administrava convênios de pesquisa das mais diversas unidades da UNICAMP, com projetos nas áreas de estatística, economia, engenharia elétrica, engenharia mecânica, física, química, abrigando jovens pesquisadores, a maioria fazendo mestrado ou doutorado e que anos depois fizeram carreira em suas respectivas áreas. Eu me considero privilegiada, no entanto por tê-los conhecido nessa época. Alguns me "contrataram" para datilografar sua dissertação ou tese, o que eu fazia com entusiasmo porque no íntimo sonhava que um dia estaria fazendo a minha.

Em 1982 o Instituto de Geociências (IG) já havia sido criado e aos poucos ele foi sendo instalado nas salas onde antes funcionavam projetos da CODETEC que haviam se encerrado. A crise financeira chegara, alguns projetos não tiveram continuidade, a UNICAMP passou a exigir a mudança da empresa do campus e, em pouco tempo, fomos reduzidos a duas salas, a do diretor e a minha, então secretária da Diretoria, por um período de transição que durou dois anos e durante o qual o perfil da empresa foi reformulado, passando a atuar exclusivamente com projetos ligados à Central de Medicamentos (CEME), em sede própria fora do campus da UNICAMP, mas ainda próxima à universidade.

Quando a crise começou a se instalar, em meados de 1980, tomei a decisão de voltar a estudar. Terminei o 2º grau realizando dois exames supletivos e comecei a fazer cursinho pré-vestibular à noite. No entanto, não tinha a menor idéia de qual curso queria fazer. Em maio fiquei grávida novamente, mas decidi continuar o cursinho e garantir minha entrada na universidade, ainda que depois tivesse que trancar a matrícula. Nossa vida nessa época era bastante corrida. Eu saía cedo de casa com Maurício, pegávamos o

ônibus fretado para o campus da universidade, ele ia para uma pré-escola da Prefeitura com filhos de outras funcionárias e eu ia para a CODETEC. Marcelo, depois de aprovado no vestibular, fazia novamente o 1º ano de medicina, dividido entre as aulas no Instituto de Biologia e idas voluntárias ao hospital-escola da UNICAMP. No final de 1980 nos mudamos para Barão Geraldo, distrito de Campinas onde se localiza a UNICAMP. Nossa vida estava ligada à universidade e precisávamos estar mais perto dela.

No dia 30 de janeiro de 1981 nasceu Marília Conrado dos Reis, no hospital-escola da UNICAMP, a Santa Casa de Misericórdia de Campinas. Três dias antes eu havia feito minha matrícula no curso de Ciências Econômicas. Havia sido aprovada no vestibular, na primeira opção!

Durante o período da graduação, propus um acordo à empresa e passei a trabalhar meio-período, o que foi bom para as duas partes, já que a CODETEC, em dificuldades financeiras, reduzia meu salário pela metade. Nessa época Marcelo já auxiliava plantões em cidades próximas, garantindo o salário que eu deixava de receber. Eu, por outro lado, comecei a faculdade e a conhecer uma outra universidade: a dos alunos. Foi um período agitado, fértil em estudos, experiências, discussões, participação. Do curso de Economia me ficaram poucas, mas boas lembranças, sintetizadas na pessoa de Paulo Roberto Davidoff das Chagas Cruz, o melhor professor, e na amizade de Nélson, Marcelo Proni, Bebel, Luciana Presser, Anselmo, Mário Guitte. A intervenção malufista na universidade em 1981, quando nove diretores de unidades foram exonerados de seus cargos pelo governador, promoveu uma verdadeira onda em defesa da democracia e da universidade, com todos unidos indo às ruas de Campinas protestar até que o último interventor fosse afastado. Eu via a universidade por vários ângulos, conhecia muita gente, participava, respirava outros tempos e não tinha medo. Trabalhava, estudava, cuidava da família e ainda encontrava disposição para participar do Coral da UNICAMP, onde além do prazer em cantar, criei vínculos de amizade que me acompanham até hoje, como Beatriz Dokkedal, na época aluna de Regência do curso de Música e que veio depois a formar seu próprio grupo, o Madrigal In Casa, uma grande família onde eu canto desde 1985.

Em 1984 a nova sede da CODETEC ficou pronta, próxima ao campus da UNICAMP e quando terminei a graduação, dois anos depois, passei a exercer funções na área financeira da empresa. No entanto, os novos projetos de desenvolvimento de fármacos, ainda que de extrema relevância, não me animavam. Eu considerava a estratégia extremamente dependente das condições políticas. O Presidente da República era José Sarney, seu Secretário de Ciência e Tecnologia um importante interlocutor dos diretores da CODETEC, mas eu via justamente aí o perigo. Assim que as condições políticas mudassem, a empresa estaria correndo risco. Em minha opinião deveríamos diversificar os projetos e tentar estabelecer pesquisas diretamente com a indústria nacional. No entanto, se ainda hoje os empresários nacionais se "arrepiam" ao falar em pesquisa, naquela época isso era visto com extrema carga de desconfiança e preconceito, dos dois lados. Por fim, em alguns anos aquilo que eu previa acabou acontecendo. Em plena era Collor os projetos da CEME não tiveram continuidade e a CODETEC poucos anos depois foi fechada. Mas eu então já estava longe. Quer dizer, nem tão longe assim.

Em junho de 1987, após explicitar minhas opiniões aos diretores da CODETEC, fui dispensada de minhas funções. Menos de um mês, no entanto, fui contratada pela UNICAMP para trabalhar junto ao Centro para Manutenção de Equipamentos (CEMEQ), ao lado de Carlos Carneiro Bottesi e Carlo Giuliano, dois grandes amigos dos primeiros anos de Campinas. Eu retornava para a UNICAMP, onde me sentia em casa. Enquanto isso, Marcelo continuava o curso, o Hospital de Clínicas já havia sido inaugurado, a Santa Casa de Misericórdia ficara no passado. Nós freqüentávamos a casa de professores de medicina e formávamos um grupo entrosado e bastante animado com outros alunos e suas namoradas.

Em 1991, dois anos após a mudança da direção do CEMEQ, divergências políticas fizeram com que eu me transferisse para outra unidade da UNICAMP, o Instituto de Economia, onde havia feito minha graduação. Fui contratada para a chefia de Orçamento e Patrimônio no final da gestão de Mário Possas e ali permaneci até abril de 1996. Meus colegas de turma Marcelo, Luciana e Anselmo haviam terminado o mestrado e trabalhavam como pesquisadores.

O ano de 1993 mudou radicalmente o rumo das coisas. Em junho, depois de quase duas décadas de casamento, nos separamos. Marcelo havia se formado e feito a

Residência Médica em Pediatria. Eu, que trabalhara durante anos para ajudar a realizar esse sonho, me sentia então uma mulher sem identidade. Eu era a esposa do Marcelo, a mãe do Maurício e da Marília, a secretária da CODETEC... Além de um grande vazio, havia a insatisfação com minha escolha profissional. Gostara do curso, mas não me via na profissão de economista, ainda mais num país onde surgia um plano econômico a cada verão. Foram dias difíceis, amargos, solitários. Eu havia passado toda a vida adulta “respirando medicina”, incentivando a carreira de meu companheiro, suportando as naturais ausências nos plantões, convivendo com médicos, participando de suas conversas, conhecendo seu pensamento, como trabalham, porque agem de uma forma e não de outra, onde aprendem a ser médicos, com quem aprendem a ser médicos. Eu já sabia muito de currículo de medicina sem nunca antes ter ouvido essa palavra.

No verão de 1994, reencontro numa tarde em um bar, um colega de UNICAMP do período em que a CODETEC ainda estava no prédio do IG, Carlos Alberto Lobão da Silveira Cunha, o Lobão, geólogo, paraense, contratado em 1982 pelo IG e que naquele verão escrevia sua qualificação de doutorado. Ele também estava sozinho, separado pela segunda vez e nosso entendimento foi surgindo de forma natural, amiga, única. Lembro de uma ocasião, no início dos anos noventa, em que eu, militante da Anistia Internacional, entrei no IG vendendo calendários para arrecadação de fundos e a única pessoa que se dispôs a ajudar foi Lobão. Eu não sabia, mas ele havia sido preso em 1969 quando era estudante da USP por ser integrante da Ação Libertadora Nacional, a ALN fundada por Carlos Marighella, torturado e permanecido quatro anos na prisão.

Eu costumo dizer que Lobão me mostrou o Brasil, o verso e o reverso (e por vezes o perverso). Por seu relato conheci por dentro e de perto a história que minha geração não viveu, dos horrores do período da *ditadura civil e militar*, como ele sempre faz questão de frisar. Pelo seu intermédio conheci ex-companheiros de prisão e também compartilhei de suas histórias. Felizmente sua coleção de vida não tinha somente passagens tristes. Roqueira assumida, com ele eu aprendi a ouvir e cultivar a boa música brasileira (que dificilmente toca nas rádios) e tudo o que diz respeito à cultura brasileira. Houve muitas viagens também e conheci lugares que nunca havia pensado em ir, como Belém e Bragança, sua terra natal. Por seu lado, Lobão começou nesse período a expor com mais naturalidade, tranqüilidade e segurança sua condição de ex-prisioneiro político

e a colocar no papel algumas experiências de prisão e outras narrativas, revelando a mim e aos amigos mais próximos, uma escrita sensível e contundente e ao mesmo tempo um afiado contador de "causos" na melhor tradição dos cronistas brasileiros.

Em 1996 decidi deixar o Instituto de Economia para uma experiência na iniciativa privada, na gerência administrativa e financeira de uma rede de vídeos de Campinas. Eu fazia uma tentativa de trabalhar na minha profissão, com um salário bem maior que o da universidade, mas essa experiência apenas confirmou que, como economista, eu seria no máximo uma boa pesquisadora. Eu não levava o menor jeito para a administração de negócios, onde cotidianamente as escolhas recaem sobre a maximização do lucro e a minimização do humano. Dizer "não, hoje não dá" a uma rodada de cerveja com os funcionários depois do expediente por saber que um deles será demitido no dia seguinte ou então dormir preocupada com o caixa da empresa, sabendo que na próxima semana haveria pagamento de salários e eu teria que levantar esse recurso junto aos bancos, como fazia todos os meses. Um dia tive um desmaio após o almoço e fui levada a um cardiologista. Pela primeira vez ouvi um médico começar uma consulta com um "como está tua vida?". Fui contando a ele toda minha vida e o que estava fazendo. De repente me olhou e disse que desde o momento em que eu entrara no consultório ele se perguntava o que uma mulher jovem e aparentando boa saúde estava fazendo ali, num consultório cardiológico. E em seguida me disse algo que nunca vou esquecer: "Você já se deu conta de que nos últimos dois anos *tudo* mudou na tua vida? Você não vive mais com quem vivia, teus filhos cresceram e não vivem mais contigo, você não mora mais na mesma casa, não trabalha mais no mesmo lugar..." Depois me aconselhou a refletir sobre isso e que eu fizesse uma escolha por qualidade de vida. Saí dali com diagnóstico de estresse e de um corriqueiro sopro cardíaco.

O período na empresa durou cerca de um ano e meio, ao final do qual fui demitida e fiquei oito meses sem trabalho, com conseqüências diretas sobre minha saúde. A sensação era de nunca acabarem as más notícias e de estar vivendo um longo inferno astral. Em janeiro de 1998, durante as férias em Belém com Lobão, contraí dengue. Em função da baixa no sistema auto-imune pelo estresse emocional de estar desempregada, tive uma inflamação na tireóide que me deixou como seqüela o hipotireoidismo. Pouco tempo depois, em função de alguns exames de rotina, descobri

que sofria de endometriose, uma doença feminina que além de fortes dores pode causar infertilidade. No meu caso não havia as dores, mas tive que abandonar um grande sonho, pois dificilmente teria filhos novamente. Em meio ao caos, contudo, minha história com a medicina acabou me socorrendo. Por intermédio de uma amiga médica, Eliana Barison, que me assistiu no período da dengue, soube de uma vaga na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, na Comissão de Graduação em Medicina, então coordenada por Angélica Maria Bicudo Zeferino. Em fevereiro de 1998 fui contratada. No princípio me sentia um pouco constrangida, por trabalhar ligada ao curso de medicina e me parecer um retorno ao passado, mas aos poucos fui percebendo o quanto isso me era favorável. Eu conhecia muitos professores, sabia das deficiências do curso, conhecia a cultura dos alunos e da universidade. De certa forma sentia-me em casa, novamente.

Naquele ano Angélica Zeferino, estimulada por outros professores e pelos alunos, iniciou discussões sobre o curso de graduação. Eu secretariava as reuniões da Comissão de Ensino e fui designada a participar também dessas discussões sobre a graduação e aos poucos fui percebendo o quanto aquele assunto era interessante e familiar. Quando contei a Lobão sobre a idéia da reforma curricular do curso de medicina, partiu dele a sugestão para que eu pensasse em transformar essa experiência em um projeto de mestrado em Educação. O mestrado e doutorado de Lobão foram feitos na Faculdade de Educação da UNICAMP. A princípio relutei um pouco, "eu, na Educação?" Ele me "convenceu" ao mostrar o quanto eu já me encontrava envolvida e entusiasmada em trabalhar na universidade com graduação. E que eu, de ensino de medicina, entendia muito mais do que imaginava. Conversei com Angélica, que entusiasmada e confiante na minha capacidade de realizar essa empreitada me deu aval para tocar o projeto adiante.

Animeei-me e em agosto de 1998 participei do processo de seleção para o Mestrado em Educação, com um projeto sobre as mudanças ao longo do tempo no curso de Medicina da UNICAMP. No final do ano organizamos na Comissão de Ensino um seminário para discutir o ensino de graduação e eu participei ativamente da organização, das palestras e de um grupo de trabalho. Convidamos para falarem sobre reforma curricular, professores da USP, Escola Paulista de Medicina, UEL, UNESP, Cornell e

representantes da CINAEM. O movimento de reforma do ensino médico iniciado em 1991 pela CINAEM ainda não havia atingido o auge, o que se deu nos anos seguintes, mas as discussões na FCM se mostraram promissoras. Os alunos do último ano foram o motor do seminário e apresentaram ao final uma proposta acabada de currículo, fruto de meses de pesquisas e intercâmbio com faculdades do Brasil e do exterior, demonstrando a vontade de mudar e a viabilidade de se transformar o ensino. Transcrevi pessoalmente todas as palestras, que depois foram editadas e transformadas em um número especial da Revista da FCM, sobre o seminário. Em janeiro do ano seguinte a Congregação da FCM aprovou a formação de uma Comissão de Reforma Curricular para o Curso de Medicina e eu fui designada a participar como funcionária da Comissão de Ensino.

Meu projeto não foi selecionado naquele ano, mas eu considerei a decisão justa. Ele era ainda incipiente e, além disso, por desconhecimento dos diferentes grupos de pesquisa da Faculdade de Educação, eu o inscrevera em um grupo voltado para a discussão das práticas de saúde em enfermagem, sendo que meu projeto tratava de currículo. Pensei em cursar durante o ano alguma disciplina como aluna especial e melhorar o projeto. Por sugestão de Sílvia Figueirôa, do Instituto de Geociências e grande amiga de Lobão, cursei a disciplina História das Ciências e Ensino, uma experiência que considero fundamental na minha formação e na percepção de outras dimensões do projeto. Iniciamos com o estudo de diferentes abordagens em historiografia das ciências, que me mostrou que a história não é neutra, mesmo no campo das ciências - ou talvez principalmente no campo das ciências. Nesse curso tive meu primeiro contato com a obra de Thomas Kuhn, *A Estrutura das Revoluções Científicas*, em minha opinião um texto que deveria fazer parte da bibliografia de cursos de graduação e pós, de todas as áreas. A monografia apresentada ao final do curso serviu de base ao projeto que apresentei à seleção do mestrado em agosto de 1999 e que já continha, ainda que não explicitado nos objetivos, o resgate da história do currículo do curso de medicina da FCM como elemento importante para o entendimento de como se construiu ao longo do tempo uma determinada identidade médica nessa faculdade.

Em novembro de 1999 meu projeto é aprovado para o Mestrado em Educação, tendo como orientadora Elisabete Monteiro de Aguiar Pereira, a Bete, na época assessora da Pró-Reitoria de Graduação que acompanhava de perto as discussões da

reforma curricular do curso de medicina e que aceitou com grande interesse orientar meu trabalho, mesmo sem possuir qualquer referência a meu respeito. Eu dificilmente poderia expressar a ela em palavras meu agradecimento pela forma como me acolheu naquele momento e em todo o decorrer do trabalho.

A alegria pela aprovação na seleção do mestrado não foi, no entanto, compartilhada com quem eu mais queria e merecia. No decorrer de 1999 eu e Lobão nos separamos. No entanto, para mim começou um intenso período de auto-conhecimento, auto-cuidado e de realização. Pela primeira vez iria me dedicar a um projeto meu e, pelas circunstâncias e no momento em que isso ocorreu, significava dedicar-me à minha própria vida. Apesar da solidão por morar sozinha (meu filho havia se mudado em 1996 para cursar a faculdade em Bauru e minha filha morava com o pai), eu vivia uma situação inédita, pois desde os 16 anos estava casada, cuidando dos outros. Nem mesmo no período da primeira separação eu vivi esse momento, porque tinha medo de enfrentar a solidão.

Agora era diferente, eu me encontrava com 41 anos e tinha um projeto para desenvolver, aulas para freqüentar, novas amizades por fazer. Aluguei uma pequena casa em Barão Geraldo, em frente a uma reserva florestal, um lugar pelo qual me apaixonei à primeira vista. À primeira vista percebi também que, na pequena casa, cabiam todos os meus móveis (grande parte guardada no porão da casa de Lobão) e que ela era do tamanho dos meus sonhos, ainda pequenos.

O período de mestrado foi vivido intensamente, muito mais do que a graduação. Tivemos um grupo seletivo que se conheceu durante o curso de Elisabete Pereira e que a partir daí não se largou mais: André Pietsch Lima, Francisco Gonçalves Filho (Chico), Márcia do Nascimento Vieira Antunes, Maria José Pinho e um ano mais tarde, Margarita Sgro.

As primeiras disciplinas que cursei foram Teoria de Currículo de Ensino Superior, com Elisabete Pereira e Epistemologia da Pesquisa em Educação, com Corinta Geraldi. Na primeira vimos como os diversos modelos de universidade foram produto do contexto histórico, político, econômico e social dos países em que se originaram, bem como das idéias filosóficas de seu tempo. A aproximação do atual conceito de universidade (ou conceitos?) e de sua crise de identidade trouxe para nossa reflexão

questões como a globalização, a sociedade do conhecimento, a “mundialização” da ciência, a pós-modernidade. Estas questões também permearam as discussões e seminários realizados na segunda disciplina, com cruzamento de idéias e autores, o que possibilitou ampliar minha visão da pesquisa educacional. Na segunda disciplina voltei à leitura da obra de Thomas Kuhn, desta vez em seminário de grupo e valorizada por diferentes olhares. A bagagem de história da ciência recebida no curso de Sílvia Figueirôa foi para mim o grande diferencial no desafio proposto pela disciplina de Corinta Geraldi.

Durante as férias do primeiro ano do mestrado iniciei minha pesquisa no Arquivo Central da UNICAMP, começando pela criação da FCM, a instalação da UNICAMP e posteriormente as reuniões da Câmara Curricular. Foram dois meses de pesquisas diárias em meio período, resultando em 18 caixas dos arquivos da Secretaria Geral – Arquivo Histórico, Gabinete do Reitor, Conselho Diretor e Câmara Curricular, num total aproximado de 3600 páginas. Pela manhã trabalhava na Comissão de Ensino da FCM e passava as tardes no Arquivo. Na FCM os trabalhos da Comissão de Reforma Curricular tomavam quase todo meu tempo, pois durante o primeiro ano de trabalho eram realizadas duas reuniões por semana. Além da participação nas reuniões meu trabalho incluía a avaliação das disciplinas do curso de medicina, pela leitura dos questionários respondidos pelos alunos. Este trabalho que eu já realizava há algum tempo revelava, com palavras dos próprios alunos, os problemas que eram discutidos amplamente em outros fóruns de que eu também participava: a falta de integração das disciplinas, a extrema fragmentação da medicina, o distanciamento dos aspectos humanos da relação médica. Eu pensava em ensino de medicina praticamente todos os momentos do dia. Uma vez ouvi Bete dizer que eu estava tão envolvida no tema da minha pesquisa que ela sentia que já estava tudo na minha cabeça, era só começar a escrever. Eu, no entanto, sentia que ainda não tinha recursos para tanto.

Em outubro de 2000 procurei ajuda na psicanálise, algo que estava adiando há tempos e tive a bênção de encontrar o profissional que desde então me acompanha, James Alberto de Moura. O processo terapêutico passou a dar novos sentidos ao trabalho do mestrado e eu comecei a descobrir meus recursos. Na vida pessoal o reflexo desse processo não foi diferente.

Para completar os créditos ainda precisava cursar duas disciplinas e por sugestão de Bete acabei aceitando o desafio e me matriculei no 1º semestre de 2001 em Teoria Crítica, de Pedro Göergen, onde tive a oportunidade de estudar os fundamentos da Escola de Frankfurt em leituras de Adorno e Horkheimer, entre outros. Para minha alegria reencontro nessa disciplina três dos quatro amigos que haviam cursado juntos a primeira disciplina do mestrado: Chico, Maria José e Márcia, além de conhecer Margarita Sgro, rapidamente transformada no "quinto elemento".

O desafio intelectual de cursar uma disciplina com Pedro Göergen, pela riqueza e profundidade das aulas, densidade dos textos, além das discussões com os demais alunos, foi equilibrado pela realização de uma disciplina de conteúdo mais prático. Desde que iniciara o mestrado sentia falta de uma discussão dos projetos e da metodologia da pesquisa. Isso foi realizado parcialmente durante as Atividades Programadas de Pesquisa, encontros quinzenais dos grupos de pesquisa onde eram realizadas palestras sobre metodologia de pesquisa e na segunda fase os projetos foram apresentados. Eu procurava, no entanto algo mais prático e didático, que pudesse efetivamente contribuir para a definição de um caminho metodológico que ajudasse a realizar os objetivos da minha pesquisa. Para minha sorte a disciplina Metodologia da Pesquisa Qualitativa foi oferecida no mesmo semestre, com José Roberto Heloani e Luís Enrique Aguilar, dois professores de áreas distintas, mas que compartilham as mesmas preocupações sobre metodologia de pesquisa e que conseguiram criar em sala uma dinâmica agradável e eficiente para uma turma de quase quarenta alunos, depois reduzida a trinta, todos angustiados sobre o caminho a seguir. A proposta do curso intercalava a leitura de textos e aulas expositivas com a discussão efetiva dos projetos. O primeiro exercício proposto – escrever no máximo em 200 palavras em uma ficha o objeto da pesquisa – já demonstrou como éramos pouco objetivos. Na semana seguinte as fichas foram trocadas entre os alunos e cada um deveria dizer à classe o que havia entendido ser a pesquisa do outro e fazer uma pergunta sobre o trabalho. Novamente percebemos a falta de objetividade e clareza de nossos projetos: escrevíamos para nós mesmos e não para os outros. Assim se deu também nas discussões do desenho metodológico, da coleta de dados, etc. Terminada a fase inicial da pesquisa no Arquivo e

ainda durante o curso decidi que meu trabalho deveria ser orientado às pessoas e comecei a pensar nas entrevistas.

Com a orientação dos professores e as perguntas discutidas e elaboradas juntamente com Bete, realizei em maio de 2001 a primeira entrevista, com um professor de Clínica Médica na PUCC de 82 anos, aposentado pela UNICAMP, que me rendeu cinco horas de gravação, em dois encontros. Eu havia lido no Arquivo muitas atas de reunião com sua participação, sempre com idéias lúcidas e bastante avançadas para a época, de modo que me preparei para ouvir, mas também falar se fosse preciso. Voltei animadíssima dessa primeira experiência; sentia que finalmente tinha em mãos uma pesquisa, ela possuía vida própria. Por seu relato percebi também que havia muito a ser contado e meu trabalho iria ajudar a contar essa história.

As entrevistas que se seguiram foram me mostrando o caminho. Era como se eu tivesse encontrado um fio condutor do trabalho nos relatos orais dos primeiros professores e coordenadores do curso. Por seu lado eles me receberam carinhosamente, sem exceção; expressaram opiniões, fizeram confidências, contaram sua história e encontraram uma ouvinte interessada e atenta, que em alguns casos procurou também acolher com atenção e carinho ressentimentos e mágoas da universidade. A história dos "perdedores" importa tanto quanto a dos "vencedores" e eu pude perceber isso diretamente.

A aproximação do referencial teórico da pesquisa foi se dando aos poucos. A falta de uma disciplina específica sobre teoria de currículo no programa de pós-graduação me deixou por vezes imersa em dúvidas e insegurança. Com a tranquilidade característica, Bete me apontou autores da Nova Sociologia da Educação, que a seu ver expressariam melhor minha formação na graduação, baseada principalmente em autores de orientação marxista, ainda que não fosse sua escolha pessoal. Pesquisas adicionais acabaram por me levar ao conhecimento dos trabalhos de Ivor Goodson em estudos históricos de currículo, onde eu finalmente encontrei sentido e identificação para a pesquisa que estava realizando. O contato com a obra de Paul Thompson, *A Voz do Passado: História Oral* acrescentou contornos mais nítidos e aprofundou a noção (apenas intuída) de que as entrevistas eram mais do que simples registros e que a história

individual é conhecimento. Acredito, no entanto que em termos teóricos ainda há muito que descobrir e aprofundar no trabalho.

Em setembro de 2001, em Belém do Pará, a vida me surpreende com uma grande conquista pessoal. Durante o 39º Congresso Brasileiro de Educação Médica, organizado pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), recebo o Prêmio ABEM 2001 pelo melhor trabalho sobre o tema "O ensino médico no Brasil está mudando?", na categoria Aluno de Pós-Graduação. Eu havia inscrito um ensaio sobre teorias de currículo, associando-as à pergunta tema do prêmio, no qual ficava implícita a crítica sobre a falta de explicitação dos referenciais teóricos e políticos mais amplos que fundamentam as propostas de mudança curricular em medicina, nas quais a adoção de metodologias ativas de ensino e uma pretensa integração de conhecimentos são tomadas como indicativos suficientes de mudança. Sem qualquer pretensão ao prêmio, era também um desabafo e um testemunho do rumo que tomavam os trabalhos da reforma curricular da FCM/UNICAMP. A conquista do prêmio em um congresso nacional de educação médica me deu força e estímulo para continuar a dissertação, no momento em que eu mais precisava, partindo de onde eu menos esperava. Em dezembro de 2001 o ensaio foi publicado no último número do ano da Revista Brasileira de Educação Médica.

*Junho de 2002, segundo o calendário à minha frente "um ano que dá certo até de trás pra frente". Pela numerologia, a soma de seus números (4) representa a capacidade de materialização e é um ano propício para trazer à terra aquilo que já construímos em sonho. Coincidência ou não, no dia 2 de setembro eu completarei 44 anos.*