UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

PATRICIA TEIXEIRA TAVANO

Tramas da tessitura curricular:

**O Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo (1968-1975)**

São Paulo

2015

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTU SENSU – NÍVEL DOUTORADO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: DIDÁTICA, TEORIAS DE ENSINO E PRÁTICAS ESCOLARES

PATRICIA TEIXEIRA TAVANO

Tramas da tessitura curricular:

**O Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo (1968-1975)**

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo como requisito à obtenção do título de Doutora em Educação.

Linha de Pesquisa: Didática, Teorias de Ensino e Práticas Escolares.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel de Almeida

São Paulo

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo

-
378.3061
T231t	Tavano, Patricia Teixeira Tramas da tessitura curricular: o Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1968-1975) / Patricia Teixeira Tavano; orientação Maria Isabel de Almeida. São Paulo: s. n., 2015. 307p.; grafs.; tabs.; anexos; apêndices Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Educação. Área de Concentração: Didática, Teorias de Ensino e Práticas Escolares) - - Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo. 1. Currículo de ensino superior 2. Educação em saúde 3. Educação médica 4. Medicina (Ensino) 5. Currículo (Constructo sócio-histórico) 6. Currículo médico I. Almeida, Maria Isabel de, orient.
-

Folha de aprovação

TAVANO, Patricia Teixeira

Tramas da tessitura curricular: O Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1968-1975)

Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo como requisito à obtenção do título de Doutora em Educação.

Linha de Pesquisa: Didática, Teorias de Ensino e Práticas Escolares.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel de Almeida

Aprovado em: 25/09/2015

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. André Mota (FMUSP)

Profa. Dra. Cecília Hanna Mate (FEUSP)

Prof. Dr. Nildo Alves Batista (UNIFESP)

Profa. Dra. Sandra Regina Soares (UNEB)

Profa. Dra. Maria Isabel de Almeida (FEUSP)

Dedicatória

À Avani e Cleber, simplesmente pelo todo no tudo!

À Maria Isabel de Almeida, por sua rara habilidade de ser humana!

– Dói-te alguma coisa?

– Dói-me a vida, doutor.

– E o que fazes quando te assaltam essas dores?

– O que melhor sei fazer, excelência.

– E o que é?

– É sonhar.

Mia Couto

O menino que escrevia versos

Agradecimentos

Limitada pela memória que possa me ser traiçoeira, quero agradecer a todos: pessoas, instituições, grupos, que participaram desta pesquisa, oferecendo seu tempo, seu espaço, suas experiências, seus conflitos, suas orientações. É nestas e destas intrincadas singularidades que esta pesquisa se constituiu e sem as quais essas páginas não existiriam. E a eles peço licença para alguns agradecimentos especiais por sua particularidade:

Aos **Antigos Alunos entrevistados**, que participaram ativamente desta pesquisa concedendo-me experiências únicas. Compartilhar seus tempos, seus espaços, suas experiências e lembranças foi não apenas fundamental para que a pesquisa existisse, mas também fundamental na compreensão da dimensão humana.

Aos **Antigos Alunos do Curso Experimental e Tradicional** que acreditaram na proposta sem nem ao menos conhecê-la mais profundamente e participaram intensamente respondendo ao formulário on-line.

Aos **Antigos Professores do Curso Experimental**, que não apenas dimensionaram o curso, mas acreditaram que o currículo é mais amplo e que as experiências formativas são fundantes, permitindo que suas memórias se transformassem em palavras, sentimentos, imagens, gestos numa composição única e inigualável de experiência humana.

Aos **idealizadores do Curso Experimental**, pela coragem extemporânea e persistência combativa, em especial ao **professor Isaias Raw** pela permanente vigilância e disposição pelo novo-melhor/melhor-novo.

À **Associação dos Antigos Alunos da FMUSP** que intermediou os contatos permitindo que as pessoas fossem “descobertas”.

À **Assessoria Técnica-Acadêmica da FMUSP** que cedeu tempo e gentileza para a realização desta pesquisa.

Ao **GEPEFE** que não abandona os seus, mesmo quando os seus o abandona.

À **professora Cecília Hanna Matte** e ao **professor Nildo Alves Batista** pelas orientações primorosas e discussões que redimensionaram e estimularam a continuidade deste trabalho.

À **professora Maurilane Biccás** pela disposição e disponibilidade da discussão que geram a consistência teórico-metodológica.

Ao **professor André Mota** pela permanente disposição e gentileza em sanar dúvidas e angústias no decorrer do processo.

Aos queridos **Gustavo e Graça** do Museu Histórico “Professor Carlos da Silva Lacaz” da FMUSP, que disponibilizaram seu tempo, seu conhecimento e sua amizade para a realização desta pesquisa.

À **Lourenilson Leal de Sousa** pela indicação metodológica que permitiu o conforto na realização da pesquisa.

Ao querido amigo **Fernando Brasil** que em muitos momentos pulou na piscina pra nadar junto.

Admirável espírito dos moços,
a vida te pertence. Os alvoroços,
as iras e entusiasmos que cultivas
são as rosas do tempo, inquietas,
vivas.

Erra e procura e sofre e indaga e ama,
que nas cinzas do amor perdura a
flama.

CARLOS DRUMMOND DE ANDRADE
AS ROSAS DO TEMPO

Resumo

TAVANO, Patricia Teixeira. **Tramas da tessitura curricular:** o Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1968-1975). 2015. 307p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

Esta tese visa compreender as articulações e seleções que se entrecem na proposição, execução e extinção do projeto curricular do Curso Experimental de Medicina (CEM), Curso este que foi oferecido pela Faculdade de Medicina da USP entre os anos de 1968-1975, em condição *sui generis*, pois não substituiu o antigo currículo, mas caminhou a seu lado. Para marcar a distinção, o currículo antigo começa a ser conhecido como Curso Tradicional de Medicina e mantém a filosofia formadora baseada no paradigma biomédico, hospitalocêntrico e especializador, filosofia questionada pelo Curso Experimental de Medicina que se fundamenta em uma formação generalista, preventivista, comunitária, com diversificação dos cenários de prática e inserção profissional. Esta pesquisa se baseou na conceituação de currículo como um constructo, um território contestado, um artefato social, cultural, histórico, em busca de: articular a proposição conceitual formadora do CEM com as expectativas sociais e políticas de formação de médicos caracterizando os protagonismos factuais, individuais e grupais na conformação do currículo do Curso; compreender e analisar a construção/desconstrução do território curricular experimental na contraposição/justaposição/disposição do território curricular tradicional; discutir os pressupostos do encerramento do CEM buscando identificar possíveis permanências/contaminações curriculares. Para tanto, buscamos articular os documentos escritos e orais, base desta pesquisa, com os referenciais acerca da compreensão do currículo. Os documentos escritos foram compostos de seleção realizada junto a acervos (Museu Histórico “Professor Carlos da Silva Lacaz” e Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP; jornais O Estado de São Paulo e Folha de São Paulo) e de um formulário on-line, com participação ampla dos antigos alunos dos dois cursos. Os documentos orais são oriundos de entrevistas semiestruturadas realizadas com antigos professores e antigos alunos. O Curso Experimental de Medicina se encerrou em 1975 sem que tenha sido realizada uma avaliação comparativa com seu contraponto tradicional, e deixou como herança na estrutura curricular da Faculdade de Medicina a atenção primária no Centro de Saúde-Escola do Butantã e a integração de Moléstias Infecciosas.

Palavras-Chave: currículo como constructo sócio-histórico; currículo do ensino superior; currículo médico; educação em saúde; educação médica; ensino médico.

Abstract

TAVANO, Patricia Teixeira. **Tissue weft from curriculum**: the Experimental Course of Medicine, Faculty of Medicine, University of São Paulo (1968-1975). 2015. 307p. Thesis (Doctorate in Education) - Faculty of Education, University of São Paulo, São Paulo, 2015.

This thesis aims to understand the joining processes and selections that weave the proposition, implementation and termination of Curso Experimental de Medicina (CEM) (Experimental Medicine Course). This Course was offered by Faculdade de Medicina da USP (Medicine School at USP) from 1968-1975, at a unique condition, since it did not replace the old curriculum, but was offered at the same time by the School. To mark the distinction, the old curriculum was named as Traditional Medicine Course that maintained the training philosophy based on the biomedical paradigm, hospital-centric and specializer, both of philosophies questioned by the CEM which is based on general training, preventivist, community-centered, with diversification of practical scenarios and professional insertion. This research was based on a concept of curriculum as a construct, a disputed territory, an artifact made from social, cultural and historical backgrounds, looking to articulate the conceptual proposition of CEM with social and political expectations of medical formation featuring individual and group protagonisms forming the course curriculum; to understand and analyze the construction/deconstruction of the experimental curriculum in opposition/juxtaposition/disposal of the curriculum traditional territory; to discuss the assumptions of the CEM's closure seeking to identify possible stays/contaminations to the Traditional curriculum. To this end, we seek to articulate written and oral documents, base to this research, with the references about the understanding of curriculum. The written documents were selected from different sources and collections (Historic Museum "Professor Carlos da Silva Lacaz" and FMUSP Academic and technical assistance; newspapers O Estado de São Paulo and Folha de São Paulo) and by an online form, with wide participation of former students of both courses. Oral documents are semi-structured interviews carried out with former teachers and students. Experimental Course of Medicine (CEM) ended in 1975 without a comparative assessment with your traditional counterpoint, and left as inheritance in the curricular structure of Faculdade de Medicina the primary health attention at Health Center-School of Butantã and integration of Infectious Diseases curriculum.

Key-words: curriculum as socio-historical construct; higher education curriculum; medical curriculum; health education; medical education; medical instruction.

Lista de Ilustrações

FIGURA	TÍTULO	PAG
Quadro I -	Marcadores para transcrição das entrevistas	44
Quadro II -	Distribuição dos alunos CEM conforme a turma	48
Quadro III -	Chave identificadora dos entrevistados	49
Quadro IV -	Documentação utilizada constante do acervo do Museu Histórico da FMUSP	50
Quadro V -	Documentação utilizada constante do acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP	51
Quadro VI -	Documentação utilizada constante de arquivo privado	51
Quadro VII -	Documentação utilizada constante do acervo virtual de jornais de grande circulação	52
Quadro VIII -	Universo do Formulário on-line	56
Quadro IX -	Representação da Matriz do Curso Experimental de Medicina	191
Quadro X -	Matriz Curricular do Curso Experimental de Medicina – Curso Básico	204
Quadro XI -	Síntese de conteúdos de disciplinas do Curso Tradicional de Medicina (1969)	205
Quadro XII -	Distribuição dos Blocos ao longo do ano letivo	215
Quadro XIII -	I Bloco – Sistema Locomotor	219
Quadro XIV -	Relação de conteúdos básicos constantes dos programas do ciclo clínico do CTM (1969)	225
Quadro XV -	Matriz Curricular do Curso Experimental de Medicina – Curso Pré-Clínico e Clínico	228
Quadro XVI -	Processo de Fusão dos Internatos CEM/CTM	238

FIGURA	TÍTULO	PAG
Gráfico I -	Relação de proporcionalidade de estudantes (1968-1975)	56
Gráfico II -	Escolhas no vestibular	140
Gráfico III -	Participação na vida acadêmica	145
Gráfico IV -	Participação na militância política	146
Gráfico V -	Participação do alunado	147
Gráfico VI -	Curso Básico – proporção ocupada pelas disciplinas/conjuntos de disciplinas	200
Gráfico VII -	“Blocos” – proporção ocupada pelas disciplinas/conjuntos de disciplinas	201
Gráfico VIII -	Curso Pré-Clínico – proporção ocupada pelas disciplinas/conjuntos de disciplinas	201
Gráfico IX -	Curso Clínico – proporção ocupada pelas disciplinas/conjuntos de disciplinas	202
Gráfico X -	Internato Rotativo – proporção ocupada pelas disciplinas/conjuntos de disciplinas	203
Gráfico XI -	Especialidade CEM/CTM	241
Gráfico XII -	Especialidade escolhida	255

Lista de Abreviações e Siglas

SIGLA	SIGNIFICADO
CAOC	Centro Acadêmico Oswaldo Cruz da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
CEM	Curso Experimental de Medicina
CODCEM	Comissão de Organização Didática do Curso Experimental de Medicina
CTM	Curso Tradicional de Medicina
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HC	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
HU	Hospital Universitário da Universidade de São Paulo
ICB	Instituto de Ciências Biomédicas
IQ	Instituto de Química
MHUSP	Museu Histórico “Professor Carlos da Silva Lacaz” da FMUSP

Sumário

APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	20
I. CAMINHO PERCORRIDO	24
1. CURRÍCULO: UMA SELEÇÃO CONCEITUAL	25
2. PERCURSO E FONTES	38
2.1. <i>Documentos Orais</i>	41
2.2. <i>Documentos escritos</i>	49
3. ARTICULAÇÃO DAS FONTES	61
II. ESPAÇO-TEMPO DE CONSTRUÇÃO DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA	64
1. MODELOS NATURALIZADOS NA EDUCAÇÃO MÉDICA	67
2. FORMAÇÃO MÉDICA NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	72
2.1. <i>Ditadura Militar e Lei 5540/68</i>	81
3. CONTINGÊNCIAS PARA O PROJETO DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA	93
4. PROTAGONISTAS DO PROCESSO	105
4.1. <i>Comissão de Orientação Didática do Curso Experimental de Medicina</i>	116
III. CONCEPÇÕES FUNDANTES DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA	127
1. PAPEL DE ALUNOS E PROFESSORES	130
2.1. <i>Alunos em destaque</i>	134
2.2. <i>Professores mediadores</i>	149
2. INTEGRAÇÃO MULTIDIMENSIONAL	156
3. FORMAÇÃO E ATUAÇÃO	171
IV. IDEAIS E REALIDADES DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA	188
1. IDEAIS REFLETIDOS EM ORGANIZAÇÃO	191
2. O CICLO BÁSICO	203
3. OS BLOCOS	214
4. O CICLO CLÍNICO	225
5. OS INTERNATOS	235
V. AVALIAÇÃO E APAGAMENTO DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA	243
1. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA	244
2. MAXI-FÓRUM	250
3. AVALIAÇÃO COMPARATIVA	260
4. EXTINÇÃO E CONTAMINAÇÃO DA FMUSP	262
CONSIDERAÇÕES FINAIS	272
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	282
OBRAS	282
LEGISLAÇÃO	291
ACERVOS	293
APÊNDICE A – FORMULÁRIO ON-LINE	295
APÊNDICE B - EIXOS DE DISCUSSÃO PARA ENTREVISTA	298
ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO	300
ANEXO II – MATRIZES CURRICULARES DA FACULDADE DE MEDICINA (1913-1970)	301
ANEXO III – MATRIZ DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA	304
ANEXO IV – LISTA DE CONTEÚDOS REGISTRADOS PARA SISTEMAS LOCOMOTOR, CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIO CEM E CTM	305

APRESENTAÇÃO

Eu nunca faria história. Eu quando vejo aquilo que tá no papel e aquilo que eu vivenciei é tão diferente...

Antigo Professor do Curso Experimental de Medicina

Venho de uma formação conjugada, que me aproxima tanto da área da saúde quanto da área da educação, e acabam por me fazer questionar ambos os atos: o ato biomédico, através do filtro da Fisioterapia; e o ato educacional, através do filtro da Pedagogia. Em minha dissertação encetei aproximação das duas áreas, traçando um percurso de compreensão da Anatomia Humana - disciplina que ministrei por mais de uma década – derivado de uma cisma com as naturalizações de seu currículo. Esta cisma me fez buscar compreendê-la em um espaço-tempo em que a disciplina é considerada emblemática por sua comunidade – como uma referência dos postulados da disciplina - momento este reconhecido na cátedra de Anatomia da FMUSP e em seus catedráticos Alfonso Bovero e Renato Locchi.

A passagem pela história da FMUSP no mestrado me levou a identificar uma situação *sui generis* em seu ensino e no ensino médico em geral: a coexistência de dois cursos médicos oferecidos pela FMUSP entre os anos de 1968-1975. O seu curso já convencional, construído desde 1912 e que passou a ser conhecido como Curso Tradicional de Medicina; e uma experiência de ensino designado Curso Experimental de Medicina, oferecido por apenas 8 anos sucessivos, trazendo uma proposta curricular que em momentos se contrapõe à Tradicional, ocupando espaços diferenciados inicialmente.

Tendo alguma proximidade à FMUSP e a seu currículo via estudo pregresso da cátedra de Anatomia, e uma compreensão preconcebida da FMUSP como um monumento à medicina - não apenas por seu monumental prédio-sede, que cumpre esse papel, mas também em seu monumental poder de aculturação e pertinência de tradições agremiadoras de sua comunidade - foi preciso partir de um reconhecimento destes pressupostos e não supera-los e ignora-los, mas reconhecendo seu potencial de filtrar as

experiências e expectativas ao que, duas categorias de compreensão do processo de construção histórica se mostram imbricadas e fundantes e me ajudaram a compreender e superar as dificuldades: lugar social e representação.

Michel de Certeau (1984) indica que a escrita da história é parcial, datada, lacunar pois oriunda de uma singularidade, de um lugar onde o pesquisador está e é capaz de compreender as situações e ocasiões para produzir sua fala. O lugar social é discutido por Certeau a partir da compreensão de que a interpretação histórica está embasada por um sistema de referência que precisa ser explicitado para que se possa compreender o alinhamento do texto escrito. Este sistema de referência constitui a maneira como o historiador compreende o seu papel no mundo e o papel do objeto estudado no mundo, impregnando sua capacidade e habilidade de análise do objeto histórico. O lugar social constitui-se numa singularidade, numa parcialidade que pode ser expressa na construção da análise do objeto por cada pesquisador, contudo, ainda que impossibilite análises totalizantes e únicas pela própria especificidade dos diferentes lugares dos diferentes pesquisadores, não pode determinar a compreensão do objeto, pois há de haver um afastamento do pesquisador para que a análise possa se efetivar de maneira adequada. Ou seja, a produção da análise de determinado objeto histórico não se constitui em verdade única absoluta, contudo, é parte do trabalho de análise reconhecer a subjetividade donde parte o olhar do pesquisador e buscar o afastamento suficiente para a compreensão do objeto.

O lugar social impregna o pesquisador, assim, ao analisar o Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo não pude deixar de considerar o meu alinhamento epistemológico curricular onde as seleções são intencionais e determinadas por intencionalidades a desvelar/abranger para compreender o currículo em sua potencialidade formadora de indivíduos e grupamentos distintos, tampouco me apartar da compreensão de que currículos são constituídos para ter efeito em pessoas e que de fato existe um potencial formador distintivo nos grupamentos formados por este ou por aquele currículo e que pode ser observado ou não. Mais do que ser capaz de observar se existe diferença entre um grupamento curricular e outro, é imprescindível reconhecer esta potencialidade e ser capaz de identificar os elementos direcionadores para que o grupamento fosse formado de maneira distinta. E aqui compreendo ‘formado’ como uma situação transitória e datada,

delimitada ao espaço-tempo de influência imediata do currículo em análise, pois ao se submeter a um outro currículo, o grupamento é re-influenciado, num processo de contínua reelaboração. Também não posso me alijar de minha própria história que passa por cursos de formação em saúde e educação nos quais nunca me adequei integralmente e apenas após muitos anos pude concluir que minha inadequação era motivada por constructos curriculares que não conseguiam conversar com as minhas expectativas em relação à profissionalidade. No curso de Fisioterapia, nunca acreditei que ser submetido à determinação do médico, mesmo tendo garantida por lei a autonomia profissional, fosse algo a ser considerado para o bom desempenho de minhas funções; tampouco concordava com um furor reabilitador que passava por cima das necessidades dos indivíduos em terapia para dar conta de uma demanda pessoal do fisioterapeuta que achava que tinha que restaurar o indivíduo, no caso paciente, a uma pretensa normalidade. No curso de Pedagogia o furor educador incomoda. Nem todos aprendem tudo, há espaço para todos e potencialidades distintas que não são respeitadas pelos educadores, que partem de um princípio de alteridade egoísta que faz com que acreditem que eles sabem o que é melhor para os estudantes, ao lado de uma recusa surda em sair das zonas de conforto e buscar alternativas para que o estudante tenha suas potencialidades estimuladas.

Reconheço que currículos são feitos para ter efeito sobre as pessoas, e os currículos a que me submeti – sim, submeti e não participei pois não era uma opção mas uma imposição – ao lado de minhas experiências formadoras nos diversos campos da vida comungam para estabelecer o lugar donde eu falo, o lugar donde eu parto para a análise do meu objeto. Além deste lugar específico que já causa deformação em minha análise, é preciso considerar que estou imersa em um sistema de representações do profissional médico, da assistência médica, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em duas vertentes: como profissional da saúde submetida à pretensa superioridade médica e egressa de uma universidade com menor prestígio social que a Universidade de São Paulo (no meu caso a UNESP); e como paciente, afinal, também adoeço e entro pela outra porta no sistema de saúde, ao que não se pode negar que este sistema de representações compõem meus filtros. Apoiando na concepção de representações de Roger Chartier que as discute como uma composição que inclui

(...) o trabalho de classificação e recorte que produz as configurações intelectuais múltiplas pelas quais a realidade é contraditoriamente construída

pelos diferentes grupos que compõem uma sociedade; em seguida, as práticas que visam a fazer reconhecer uma identidade social, a exhibir uma maneira própria de estar no mundo, a significar simbolicamente um estatuto e uma posição; enfim, as formas institucionalizadas e objetivadas graças às quais “representantes” (instâncias coletivas ou indivíduos singulares) marcam de modo visível e perpetuado a existência do grupo, da comunidade ou da classe (Chartier, 2002, p. 73).

Assim, Chartier nos indica que as representações são composições simbólicas de construção das relações e posições dos grupamentos nas sociedades, sejam estes considerados como um grupo ou como um indivíduo pertencente a determinado grupo. Estas composições não ficam apenas no espectro do abstrato, pois se constituem como práticas de relações, análises e posicionamentos que estes grupamentos têm diante de seu espaço, seu tempo, sua simbologia e significação na sociedade. Para além da compreensão de representação como uma forma de estar e se portar na sociedade, Chartier leva à compreensão de que estas estratégias simbólicas determinam este estar e se portar, constituindo um ciclo onde a representação é perpetuada pelo grupamento na exata medida em que este grupamento se representa a partir dela, pois a representação é um processo, e como processo é contínuo seu movimento. A representação é uma prática, específica e especificada por um grupamento que permite sua identificação e reconhecimento, conduz a sensação de pertença e compõe, conjuntamente à concepção e reconhecimento do lugar social, o sistema de referência de análise e interpretação do mundo.

Importa sinalizar e salientar que o lugar social e as representações não são exclusividade da minha ação como pesquisadora nesta tese, mas também estão presentes, ativos e determinantes no objeto estudado, e tem de ser considerados como parte deste objeto. Assim, se eu como pesquisadora parto de um lugar social e tenho uma representação da classe médica, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, entre outros, os protagonistas também tem suas próprias representações e também partem de lugares sociais que são trazidos para o objeto e que vão, não apenas compor o objeto, mas motivar o alinhamento e desenrolar deste objeto na história, levando à imprescindibilidade de reconhecimento destas intervenientes na construção das possíveis fontes de pesquisa e pedindo que se selecione um alinhamento metodológico que reconheça a importância destes intervenientes na composição do objeto.

Caindo em um “lugar comum”, o Curso Experimental de Medicina aconteceu exatamente no período de exceção da Ditadura Militar, acompanhou sua instalação, foi atingido pelo recrudescimento das ações, se beneficiou de alguma abertura no final e está indelevelmente marcado nos alunos e professores do Curso e, retomando a fala de abertura sobre a dificuldade de chegar ao final desta tese, este período sombrio da história brasileira foi a maior dificuldade a ser superada por mim.

Relatos de prisão, invasão, torturas, perdas de vidas e liberdades são horrendos e deprimentes, mas não são adequadamente dimensionados quando lidos ou relatados por outrem. Ouvir dos protagonistas as degradações nos faz sucumbir a elas e perceber que tudo pode ser superado, todas as dificuldades que enfrentamos podem ser superadas se tivermos a garantia das nossas liberdades constitucionais e a preservação dos direitos humanos. Superar este sentimento de impotência, de pequenez diante dos fatos esmagadores foi a dificuldade da confecção desta tese. Superação solitária, pois não há palavra de conforto externa que amenize a dor das palavras, das lembranças.

O relato que se segue é uma versão da história do Curso Experimental de Medicina: a minha versão. Baseada em documentos e em depoimentos sim, mas mediada pelo meu lugar social, pelas minhas representações e pela minha (in)capacidade de lidar com as lembranças tristes, e certamente será contestada em diversos aspectos pelos protagonistas dos fatos.

O texto segue organizado em cinco capítulos sequenciais e inter-relacionados:

O *capítulo I - CAMINHO PERCORRIDO* recupera a trajetória desta pesquisa, trazendo dois pontos de apoio fundamentais que se articulam nas compreensões e análises posteriores: as seleções teórico-conceituais que embasam a construção do pensamento curricular aqui empregado, e a construção das fontes de pesquisa e seus fundamentos teóricos. Neste capítulo, busca-se mostrar ao leitor de onde se partiu, quais são os pressupostos que organizam e filtram o objeto aos nossos olhos, sejam eles teórico-conceituais do campo de estudos do currículo, sejam eles metodológicos. Pontua-se, assim, a seleção conceitual de currículo como parte inerente da trajetória construída, como determinante e determinadora das fontes, por isso acomodada em um mesmo capítulo de cunho metodológico, pois não se dissocia a

construção do caminho partindo de situações distintas de conceituação teórica e percurso metodológico.

O *capítulo II - ESPAÇO-TEMPO DE CONSTRUÇÃO DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA* procura contextualizar a Faculdade de Medicina diante de seu curso e sua posição no ethos médico, dando as bases para a compreensão do lugar que a Faculdade de Medicina ocupa no cenário da formação médica paulista e nacional e permitindo aproximação da construção do objeto diante desta realidade posta. Partimos deste lugar para compreender as contingências que permitiram a apresentação e aprovação do Curso Experimental de Medicina naquele espaço-tempo e articular os protagonistas a estas contingências, discutindo seus papéis e ações que refletem na concepção e organização do Experimental.

O *capítulo III - CONCEPÇÕES FUNDANTES DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA* recupera a filosofia do Curso Experimental de Medicina, sua concepção formadora, discute, diante desta concepção, a formação de espaços e lugares necessários para a plenificação do Curso e a concretização dos territórios do Experimental, a partir de três pontos de apoio do projeto: o papel que os alunos e professores desempenhavam na construção e consolidação do Curso; a dimensão que o conceito de integração assume no projeto, e seus desdobramentos; a importância da promoção de uma formação e atuação ampla e diferenciada.

O *capítulo IV - IDEIAS E REALIDADES DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA* resgata como a concepção distinta se consolidou em uma organização curricular, numa articulação a partir dos diversos estágios: o ciclo básico, os blocos, o ciclo clínico e os internatos, buscando pontuar junto ao Curso Tradicional de Medicina na exata medida da necessidade de compreender uma base contestatória e compondo um possível currículo prescrito com o currículo praticado retomado nas entrevistas.

O *capítulo V – AVALIAÇÃO E APAGAMENTO DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA* reforça a concepção de participação e corresponsabilidade que o Curso Experimental de Medicina cobrava de seus alunos, através da discussão de seu programa de avaliação do curso em encontros periódicos chamados Fórum de Debate, e de um momento amplo e único de encontro de todas as turmas do Curso para avaliar o percurso formativo do Experimental, o Maxi-Fórum. Ainda que não tenhamos encontrado relatos sobre os motivos alegados para o

encerramento do Curso Experimental de Medicina, encerra-se o capítulo recuperando seu percurso tentando estabelecer articulações possíveis sobre seu fim, na certeza de serem ideias construídas ao longo do caminho percorrido na pesquisa.

Encerramos o texto trazendo as Considerações Finais onde recuperamos brevemente o percurso e discussões, indicando para possíveis conclusões diante dos objetivos traçados. Há questões que carecem de maior aprofundamento, ou que surgem como possíveis complementações à compreensão iniciada nesta pesquisa. Deixamo-las sinalizadas.

A maior esperança é que este texto seja digno dos homens e mulheres que voluntaria e gentilmente me concederam seus tempos, seus espaços, seus lugares, suas representações e - em especial - suas lembranças, suas experiências e dores; e possa ser uma das vozes sistematizadas sobre o Curso Experimental de Medicina, apenas uma de tantas que ecoam e reverberam esta experiência na educação médica.

INTRODUÇÃO

O que interessa não é pensar se as coisas têm, ou não, uma essência e/ou uma realidade real, estável e independente de nós, senão é pensa-las no significado que adquirem para nós.

Alfredo Veiga-Neto

No ano de 1968, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo dá início a uma experiência curricular colocando em funcionamento um curso de medicina com organização e conceituação diferenciada. Reconhecido como Curso Experimental de Medicina, este novo curso trazia uma organização curricular onde o ensino teórico e o prático, assim como as disciplinas básicas e clínicas, se integravam em uma distribuição chamada de blocos, com a antecipação da inserção dos estudantes na prática clínica. Solicitava dos professores uma metodologia de ensino ativa, focada na participação dos alunos como construtores do conhecimento, e tinha como alinhamento conceitual a formação de um médico capaz de atendimento aos problemas gerais e mais incidentes da população, com habilidades preventivas e comunitárias, mas que também poderia optar por uma especialidade, pois contava com fundamentação e conceituação suficientes para qualquer das escolhas que o egresso fizesse.

Sendo oferecido como uma das opções da Faculdade, o Curso Experimental de Medicina aconteceu concomitante ao curso convencional, reconhecido a partir de então como Curso Tradicional de Medicina que tinha como características um currículo organizado em disciplinas isoladas que eram oferecidas como preparação para a prática clínica, inserindo o estudante nesta prática apenas nos anos finais do curso, e trazendo a força da história da Faculdade de Medicina imbuída na formação dos profissionais médicos já voltados à escolha de uma atuação específica e especializada desde cedo em seu ingresso.

O Curso Experimental de Medicina foi uma experiência que contou com oito turmas, encerrando seu ingresso em 1975 sem ser submetido a uma avaliação oficial. Oferecido em um momento singular, onde a Faculdade de Medicina – e seu

curso médico oferecido desde 1913 - já ocupava posição de destaque diante da comunidade médica nacional e internacional, seja como formadora de profissionais de qualidade; seja como curadora de inovações no tratamento e atendimento de doenças e disfunções; seja como provedora de decisões em saúde e educação pública, através do fornecimento de quadros para a administração municipal, estadual e federal. Apesar de integrar, à época, a Universidade de São Paulo há mais de 30 anos, a Faculdade de Medicina ainda mantinha sua privilegiada sede exclusiva e autossuficiente, que contava com a conexão física entre laboratórios de pesquisa, salas de aula e prática clínica-hospitalar, prática esta em potencial expansão com o alargamento das atividades e prédios de especialidade do Hospital das Clínicas.

Esta posição de destaque conquistada tem de ser contingenciada pelos acontecimentos nacionais e internacionais. Desde finais da década de 1950 há questionamentos sobre o sistema educacional brasileiro, discutindo-se a crise dos excedentes, as condições de oferecimento dos cursos, o regime de cátedras; em 1961, a primeira Lei de Diretrizes e Bases¹ tenta regular algumas destas pautas propondo um currículo mínimo e o término do sistema com a vitaliciedade dos então catedráticos. Este movimento não é exclusividade nacional, mas compõem com o movimento que ocorre na Europa, Estados Unidos e outros países da América Latina.

Ao lado da agitação do campo educacional, o cenário é de movimentos sociais e políticos intensos, que visam trazer à tona a discussão do racismo, da segregação, do feminismo, da sexualidade, da polarização do mundo em capitalismo e socialismo, entre outras. No Brasil, a agitação política é contínua, levando o país do presidencialismo para o parlamentarismo, de volta para o presidencialismo deposto por um golpe militar que instaura a ditadura militar que perduram 20 anos.

Os primeiros anos do regime ainda permitem algumas manifestações públicas, mas a partir de 1968 o recrudescimento das ações políticas-militares faz com que estas manifestações sejam levadas à ilegalidade, atingindo um grande contingente de estudantes, professores e instituições de ensino. O ano de 1968 também traz uma nova política educacional para o ensino superior, através da Reforma do Ensino Superior (Lei 5540/1968), reorganizando as áreas de ensino e pesquisa com a criação de institutos de ciências básicas, alocação dos professores em departamentos, distribuição

¹ Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961 - Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional.

das matérias em ciclo básico e profissionalizante com matrícula semestral e introdução do sistema de créditos.

É nesse cenário que o Curso Experimental de Medicina inicia suas atividades em março de 1968 e coexistem as dificuldades de instalação de um novo curso com as contingências políticas, sociais, econômicas do mesmo ano de 1968, dificuldades estas que permeiam toda a existência do Experimental.

No limiar desta complexidade propõe-se aqui o estudo do currículo do Curso Experimental de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo em seu período de existência (1968-1975), considerando currículo como um artefato histórico, social e cultural que abrange a normatização, a regra, o documento físico indicador das prescrições para as práticas, mas também composto com as relações estabelecidas em vários âmbitos, envolvendo os documentos, os grupos de protagonistas, as discussões, as disputas, os territórios, os espaços e mediações de poderes explícitos e implícitos, a busca de significados e significâncias que constrói todo um objeto que não pode ser entendido de forma isolada, mas a partir desta complexidade que lhe é inerente e materializada na trama desse tecido.

É nosso objetivo compreender as articulações e seleções que se entrecem na proposição, execução e extinção do projeto Curso Experimental de Medicina, em busca de:

- Articular a proposição conceitual formadora do Curso Experimental de Medicina com as expectativas sociais e políticas de formação de médicos caracterizando os protagonismos factuais, individuais e grupais na conformação do currículo do Curso;
- Compreender e analisar a construção/desconstrução do território curricular experimental na contraposição/justaposição/disposição do território curricular tradicional;
- Discutir os pressupostos do encerramento do Curso Experimental de Medicina buscando identificar possíveis permanências/contaminações curriculares.

Dois pressupostos levam a olhar para a existência do Curso Experimental de Medicina com a necessária desconfiança para estabelecer articulações entre a FMUSP e as disputas inerentes ao currículo. O primeiro é a percepção da Faculdade de Medicina

da Universidade de São Paulo como um monumento² à medicina e aos fundadores da prática médica elitista, tecnológica, progressista e inovadora que ela representa. A segunda é a própria seleção da concepção de currículo, onde currículo não é a prescrição, mas, a amplia e a ultrapassa para incorporar os mecanismos que as constituiu, a trajetória percorrida, os protagonistas e antagonistas que permearam as discussões.

Reconhecendo que estes pressupostos impregnam a leitura e podem filtrar a análise, o necessário distanciamento para análise do objeto foi buscado através da ampliação dos dados obtidos. As entrevistas aqui realizadas cumpriram dupla função: levaram ao aprofundamento do tema, mas também ao afastamento para a análise, na exata medida da capacidade de compreensão do tema a partir de diversas perspectivas.

Há três ressalvas terminológicas que devem ser feitas:

- O uso do termo *memória* será aqui utilizado como sinônimo de lembrança, recordação, ou seja, como um integrante de um léxico e não um conceito tal qual discutido por uma gama grande de autores³. Tal desígnio se dá pela amplitude que tal discussão alcançaria, fugindo aos objetivos imediatos da pesquisa;
- O uso da palavra *política* se configurará como política governamental, concepção implícita na fala dos entrevistados e que se mantém no texto para fidelizar a intenção dos participantes;
- Não há clareza entre os participantes de uma diferenciação entre *medicina social* e *medicina comunitária*, sendo utilizados como semelhantes em seus discursos, o que, tal qual como *política*, assumimos para fidelizar a intencionalidade dos entrevistados.

² Alinhamos a dimensão do conceito de monumento à proposição de Jaques Le Goff (2013) como um representante do passado no presente que evoca e perpetua a recordação da grandiosidade.

³ Diversos autores discutem a memória enquanto um conceito, articulando-a com o esquecimento, com a história, com a individualidade, com a coletividade, com a lembrança e recordação, e outros. Adentrar nessa discussão seria afastar por demais do escopo da pesquisa, mas citamos – de forma quase estereotipada - apenas alguns pesquisadores que desenvolvem o tema: Maurice Halbwachs (1990) discute a memória a partir da premissa de inserção do indivíduo em um grupamento, em uma coletividade; Paul Ricoeur (2007) encara a memória não apenas como a capacidade de armazenar fatos mas a capacidade de ressignificá-los; Pierre Nora (1993) discute os lugares da memória no entrecruzamento do passado, fictício ou real, com o pertencimento a um grupamento; Jacques Le Goff (2013) discute a memória na raiz da história em suas potencialidades individuais e coletivas.

I. CAMINHO PERCORRIDO

A educação é algo que se faz *historicamente* – e a história tem um caráter *dramático*.

Terezinha Azeredo Rios

O Curso Experimental de Medicina é uma situação *sui generis* na educação médica. Emergindo de uma escola médica de reconhecida qualidade formadora - a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - o Curso Experimental de Medicina nasce em um ambiente sócio-historicamente sedimentado sobre as perspectivas formadoras da qualidade, da tradição, da inovação e da vanguarda e é oferecido concomitante ao outro curso de formação médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o então designado Curso Tradicional de Medicina. Um curso não substitui o outro, um curso não retira o outro. Ao contrário, estabelece-se uma coexistência ímpar onde duas concepções de educação, de profissionalidade e de currículo são levadas ao convívio e experimentalismo, dividindo alguns espaços e professores.

Esta pesquisa situa-se numa intencionalidade primária de aproximação a esta experiência educacional que o Curso Experimental de Medicina representou, não buscando recuperar uma possibilidade comparativa - pois décadas depois não cremos que isso seja possível uma vez que muitas outras experiências já se sucederam na formação dos protagonistas desta iniciativa – mas buscando compreender os percalços pelo qual o Curso passa em um campo mais estrito e circunscrito ao estudo de seu currículo.

Para isso, valemo-nos de dois apoios essenciais e aqui colocados em complementariedade: a seleção de uma teoria curricular e percurso metodológico descrito. Nos alinhamos aos estudos curriculares críticos e pós-críticos, ao que corresponderia dizer que a preocupação não se encerra nas discussões voltadas para o que se deve ensinar, porque ensinar e como ensinar para se alcançar alta eficiência no sistema educacional, mas sim, buscar os efeitos do currículo sobre seus agentes

(professores, estudantes, instituições) e o reflexo da/na sociedade, a partir das ideologias nele embutidas e do poder de coerção/ação que o instrumento possui no espaço privilegiado da educação massificada, intentando explicitar e analisar a construção do currículo, os mecanismos que induzem à determinada configuração do produto final, integrando este processo de construção como parte das análises, compondo um quadro que se preocupa não com as “*técnicas de como fazer o currículo, mas desenvolver conceitos que nos permitam compreender o que o currículo faz*” (Silva, 2009, p. 30, grifos do autor). É compreender o currículo como um constructo sócio-histórico, derivado de seleções que trazem para este objeto determinações identitárias mediadas pelas concepções e aspirações destas seleções, pois refletem as crenças, expectativas e valores dos selecionadores, e, portanto, não são representações universais mas sim de determinado contingente social, histórico, econômico, legal.

Para tanto, valemo-nos da fala de Veiga-Neto que considera o currículo um

artefato escolar indissociável das próprias condições históricas em que ele se estabeleceu, as quais ele contribuiu para criar. (...) não basta dizermos que o currículo tem uma história e que, pelo conhecimento dessa história, escrita “de fora pra dentro”, poderemos compreendê-lo melhor. A questão principal é: a historicidade do currículo é da sua própria constituição, de modo que não apenas ele tem uma história como ele faz uma história (Veiga-Neto, 2001, p. 96, destaques do autor).

Portanto, a busca é por compreender um currículo a partir de sua história intrínseca, dos elementos que compuseram o produto final, porém, não em sua versão acabada, mas em suas etapas de negociação, organização, discussão, compreendendo de fato os motivos e movimentos que levaram determinados elementos a se sobreporem a outros, e nunca considerando estes elementos como hierarquicamente lineares, e sim como um intrincado jogo de cessões e concessões, de perdas e ganhos, de disputas acirradas mediadas por elementos tão diversos quanto os poderes mais locais – como as comunidades disciplinares e instituições - quanto os poderes mais nacionais – como os governos e leis - isto porque o “*processo é tão importante quanto o resultado*” (Silva, 2011, p. 8).

1. CURRÍCULO: UMA SELEÇÃO CONCEITUAL

A proposição deste objeto de pesquisa deriva da apropriação de uma seleção de conceituação de currículo, onde currículo é pensado como um constructo, como um território contestado, um artefato social, cultural, histórico, e é esta seleção que permite olhar para a existência do Curso Experimental de Medicina com a necessária desconfiança para estabelecer articulações entre o monumento FMUSP e as disputas inerentes ao currículo.

Conceituar currículo no âmbito educacional pode ser tarefa árdua, pois assim como o próprio currículo, a conceituação deste artefato está mediada por concepções de sociedade, de educação, de cultura, distintos em cada grupo que o estuda e o defende, suscitando definições balizadas conforme a contextualização, ou conforme a moldura¹, dando ao artefato camadas e possibilidades de interpretação e compreensão diversas. Lopes & Macedo (2011) sinalizam para essa dificuldade e partem da premissa de que

(...) não é possível responder “o que é currículo” apontando para algo que lhe é intrinsecamente característico, mas apenas para acordos de sentidos de tal termo, sempre parciais e localizados historicamente. Cada “nova definição” não é apenas uma nova forma de descrever o objeto currículo, mas parte de um argumento mais amplo no qual a definição se insere (Lopes & Macedo, 2011, p. 19-20, destaque das autoras).

As autoras sinalizam não ser possível proceder à definição do objeto/situação como convencionalmente se fazem as definições nas ciências naturais: partindo dos pontos de contato e similaridade entre eventos para estabelecer uma regra geral, pois, o que se encontra nessa busca são sentidos, que apenas se fazem perceber quando lidos e compreendidos vinculados a um contexto mais amplo, constituído historicamente, reforçando a dimensão da moldura.

Moreira (2011) também coloca esta dificuldade, e nos indica que “*as divergências refletem problemas complexos, fundamentalmente por se tratar de um conceito que: (a) é uma construção cultural, histórica e socialmente determinada; e (b) se refere sempre a uma “prática” condicionadora do mesmo e de sua teorização*”. (Moreira, 2011, p.11-12, destaque do autor). Reforçando a concepção de currículo como uma construção cultural, histórica e social, Moreira nos indica a complexidade do objeto

¹ “Moldura” é uma metáfora utilizada por Veiga-Neto (2011) para explicar como as concepções de sociedade, cultura e educação se relacionam e compõem com as concepções de currículo, e os níveis de olhar necessários para que analisemos e compreendamos essas relações e composições.

que traz em sua conceituação a previsão de ressignificação a partir dos movimentos que a sociedade descreva ao longo de seus contextos. Ao se configurar como uma prática de si mesmo e das teorias sobre si, a complexidade se aprofunda na medida em que discute e argumenta sobre sua construção, produzindo sentidos sobre si mesmos.

Dada à distinção de que currículo é um conceito construído historicamente, pode ser útil resgatar brevemente sua história para que compreendamos essa complexidade e então compreendamos a construção do artefato currículo no âmbito educacional. A origem da utilização educacional do termo vem de fins do século XVI e início de século XVII quando as modificações político-sociais do período teriam conduzido a reformas pedagógicas, derivando daí à utilização de uma nova concepção de ensino e aprendizagem que incluía um controle maior da organização dos estudantes e dos conteúdos e métodos pedagógicos (Hamilton, 1992).

Derivado da palavra latina *currere* que se reporta a uma pista de corrida, a um caminho ou percurso a seguir, a incorporação do termo no meio educacional “*parece ter confirmado a ideia (...) de que diferentes elementos de um curso deveriam ser tratados como peça única, [como uma] entidade educacional que exibe tanto globalidade estrutural quanto completude sequencial [indicando que] o currículo deveria não apenas ser ‘seguido’, deveria ser também ‘completado’*” (HAMILTON, 1992, p. 43, destaque do autor).

Com a ideia de sequência a seguir, a emergência do currículo impõe maior controle tanto para o ensino quanto para a aprendizagem, a partir da determinação de conteúdos e procedimentos a serem incorporados no processo de escolarização das massas, conteúdos esses que têm de ser previamente determinados e organizados com finalidades específicas.

Com essa dimensão, no início do século XX iniciam-se os estudos sobre o que ensinar sendo designado como visão tradicional do currículo (Lopes & Macedo, 2011). Aqui, a compreensão do currículo se dá como “*um conjunto de fatos, de conhecimentos, de informações, selecionados do estoque cultural mais amplo da sociedade, para serem transmitidos às crianças e aos jovens nas escolas*” (Silva, 2006, p. 13). Nesta visão, essencialmente o currículo consistia em escolher alguns dados que seriam repassados aos escolares como conteúdos de aprendizagem. Não se entrevê que a fonte de coleta de dados possa ser modificada, tampouco que essa fonte pudesse não ser

representativa do conhecimento social mais diverso. O currículo era estabelecido e transmitido, aproximando-o da compreensão de que o currículo é um rol de conteúdos organizados em horários específicos, que têm, como característica, determinados métodos e avaliações que fazem com que esses conteúdos sejam cumpridos e ensinados de forma eficiente. Um plano previamente estabelecido, onde se listavam etapas a serem cumpridas para atingir a máxima eficiência e produtividade, era a maneira de organização da emergente e crescente sociedade industrial do início do século XX, que a imprime na compreensão de currículo a ser incorporada ao cotidiano da escolarização de massa crescente.

Na década de 1960, as convulsões sociais² levam ao processo de reflexão em todas as áreas, e na educação a visão sobre o currículo é deslocada. De um documento técnico-prescritivo, preocupado com a eficiência do ensino através do estabelecimento de parâmetros a serem seguidos, o currículo ganha a preocupação e o questionamento sobre o que o motiva, como ele é produzido, e quais as intenções que levaram àquela expressão curricular, ressaltando-se *“tanto o caráter histórico (variável, mutável) quanto o caráter social (construído) do conhecimento escolar”* (Silva, 2006, p. 13).

Com enraizamento nas relações do capital e na dinâmica das classes sociais, a teoria crítica visualiza o currículo como uma manutenção da reprodução das diferenças culturais e sociais, estabelecendo formas de escolarização para as elites e para as classes trabalhadoras. Aqui *“aprende-se na escola não apenas o que é preciso saber para entrar no mundo produtivo, mas códigos a partir dos quais se deve agir na sociedade”* (Lopes & Macedo, 2011, p. 26-27), distinguindo a escola como um aparelho ideológico do Estado³, preocupado em manter as diferenças e restringir o pensamento crítico e a emancipação das classes trabalhadoras. Importante citar que é sob esta discussão que o conceito de currículo oculto se firma, como forma de denominar todo o

² Citamos apenas alguns fatos acontecidos ao longo da década de 1960: polarização do mundo em capitalismo/socialismo e expansão das duas vertentes (ruptura das relações diplomáticas dos Estados Unidos da América com Cuba e seu abrigo pela URSS; envio pela União Soviética do primeiro homem ao espaço; construção do muro de Berlim, Guerra do Vietnã e da Coreia, revolução Cultural da China); avanço das tecnologias de comunicação (transmissão via satélite); movimentos sociais e manifestações públicas de combate à segregação e ao racismo (campanha não-violenta do pastor norte americano Martin Luther King, ações armadas de Malcolm X; greves e manifestações estudantis, grandes marchas reivindicatórias da sociedade).

³ Para Louis Althusser a escola é o principal aparelho ideológico do estado, uma vez que é ela quem forma as forças produtivas para o mercado de trabalho, mantendo e estimulando as relações capitalistas de empregado-empregador e a lógica de produção do capital (Althusser, 1985)

aprendizado do educando que extrapola os conteúdos escolares, mas que o prepara para a vida em sociedade, ampliando a compreensão do conceito de currículo ao incluir elementos não palpáveis e prescritos mas que circulam, tanto no espaço-tempo escolar quanto nas origens das intenções curriculares e marcam o processo de formação do educando.

Dado o caráter social e histórico do currículo, outras reflexões agregam-se à discussão curricular não como forma de superação da teoria crítica estritamente, mas na tentativa de, ao se combinar e reanalisar os componentes, se chegue a graus de compreensão distintos, estabelecendo a corrente de pensamento pós-crítica (Silva, 2009). Nesta reflexão, a dimensão de aparelho ideológico é revisitada e o currículo oculto é considerado parte do currículo e não algo escondido, que espreita o processo formativo. O currículo aufere uma diversidade de compreensões e manifestações mediadas pelo multiculturalismo, pelas discussões de gênero, raça, sexo, e é percebido como um promotor de identidades. A dimensão de que o currículo é um artefato em constante movimento, e situado em um território de disputas e lutas por legitimidade se reforça, contudo, estas lutas não lhe são externas, mas são componentes, integram o produto, ou seja, *“o currículo faz parte da própria luta pela produção do significado, a própria luta pela legitimação”* (Lopes & Macedo, 2011, p. 92).

A dimensão pós-crítica do currículo concorda que o currículo é um espaço de poder e controle, porém, este poder se mostra descentrado em diversas frentes e não apenas configurado em um foco imanente. O poder está presente nos currículos como parte de sua constituição pois vinculado à dinâmica de conhecimentos nele expressos, em um processo de inter-relação que lhe é intrínseca: *“o conhecimento não é aquilo que põe em cheque o poder: o conhecimento é parte inerente do poder”* e *“todo conhecimento depende da significação e esta, por sua vez, depende de relações de poder”* (Silva, 2009, p. 149).

O currículo se mostraria nas disputas pelos espaços e tempos de conhecimentos, mas não é o resultado desta disputa, não é o ‘louro do vencedor’, e sim o processo, o percurso que descreveram os grupos e indivíduos na organização curricular no sentido de chegar a consensos ou dissensos sobre o processo. O produto final é um produto cultural, que inclui

(...) planos e propostas (...), o que de fato acontece nas salas de aula (...), bem como as regras e as normas não explicitadas que governam as relações que se estabelecem nas salas de aula (...) no currículo desenvolvem-se representações, codificadas de forma complexa nos documentos, a partir de interesses, disputas e alianças, e decodificadas nas escolas, também de modo complexo, pelos indivíduos presentes. Sugere-se ainda a visão do currículo como um campo de lutas e conflitos em torno de símbolos e significados (Moreira, 2011, p. 15).

Portanto, a compreensão que se propõe de currículo abrange a normatização, a regra, o documento físico indicador das práticas, considerado aqui não apenas os planos de aula, planos de curso, projetos pedagógicos, mas as também as regulamentações e as legislações. Todavia, o currículo também são as relações estabelecidas em vários âmbitos, envolvendo os documentos, os grupos de protagonistas, as discussões, as disputas, os territórios, os espaços e mediações de poderes explícitos e implícitos, a busca de significados e significâncias que constrói todo um objeto que não pode ser entendido de forma isolada, mas a partir desta complexidade que lhe é inerente e materializada na trama desse tecido.

Importa notar que o currículo escolar é um artefato social, cultural, histórico inventado na transição dos séculos XVI e XVII e chega até a contemporaneidade trazendo para o espaço-tempo escolar as questões de sua concepção e organização que se mostram essenciais na compreensão do produto final, contudo, exatamente pela característica histórica, este produto pode ser considerado final mas não finalizado, pois mantém os fluxos de mudança em cada fase de análise e busca de sentidos nas diversas etapas de sua prática, ou seja, este produto final que nos chega *“não foi estabelecido, de uma vez por todas, em algum ponto privilegiado do passado. Ele está em constante fluxo e transformação [e não é] resultado de um processo evolutivo, de contínuo aperfeiçoamento em direção a formas melhores e mais adequadas”* (Silva, 2011, p. 7), entendendo que a valoração de melhor e adequada é relativa aos grupos proponentes que exercem o poder pontual.

Compreender o currículo a partir de sua historicidade não é alinhar os fatos e eventos que se sucederam reconstruindo uma narrativa linear que se corporifica em um produto final oficial, mas superar essas narrativas compondo e contrapondo às contingências dos espaços-tempos de suas propagações, compreendendo-as a partir das continuidades, rupturas e negociações e não como uma evolução progressiva dos ideais e concepções. É buscar entender que o que está posto no currículo foi sujeitado e é

sujeito a mudanças, flutuações, condicionamentos, conflitos, supressões, e que estes imbricamentos não apenas configuram o currículo mas deixam suas marcas, percebendo “*como as categorias do passado são trazidas para o presente à medida que certos padrões disciplinadores são incorporados através da organização dos conhecimentos*”. (Popkewitz, 1999, p. 194).

Retomando a metáfora, a moldura que envolve a obra é parte da obra e tem de ser pensada em conjunto. O estudo do currículo permite entrever como “*as influências e interesses ativos intervêm*” [em sua forma final], “*promove[m] o nosso conhecimento relativamente aos valores e objetos representados na educação*”, [além de marcar alguns] “*parâmetros para a realização e negociações interativas na sala de aula e na escola*” (GOODSON, 1997, p. 20-21). O currículo não é algo dado, é um produto sempre em modificação “*de um longo e contínuo conflito*” (GOODSON, 2005, p. 110), tampouco é

um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social. O currículo está implicado em relações de poder, o currículo transmite visões sociais particulares e interessadas, o currículo produz identidades individuais e sociais particulares. (Moreira & Silva, 2011, p. 14).

Portanto, as concepções e disputas que se entrecruzam no currículo estão profundamente impregnadas de relações de poder, uma vez que estas disputas selecionam ou refinam concepções específicas dos grupos mais hegemônicos naquele recorte temporal, fazendo com que estas concepções sejam as que cheguem não apenas aos educandos, mas a todos os envolvidos no processo de realização do currículo. Uma vez que o currículo não pode ser considerado como uma “*unidade construída desapaixonadamente, e é, de fato, um terreno de grande contestação, fragmentação e mudança*” as disciplinas a ele relacionadas acabam por se configurar como construções sócio-políticas cujos “*atores envolvidos empregam uma gama de recursos ideológicos e materiais para levarem a cabo as suas missões, individuais e coletivas*” (GOODSON, 1997, p. 27). Assim, não se pode acreditar que as inserções e exclusões curriculares sejam um processo estéril e inocente, onde “*acadêmicos, cientistas e educadores desinteressados e imparciais determinam por dedução lógica e filosófica, aquilo que convém ensinar às crianças, jovens e adultos*” (SILVA, 2005, p. 8). Ao contrário, é preciso compreender que o currículo é um território de contestações, não um processo lógico

(...) no qual convivem lado a lado com fatores lógicos, epistemológicos, intelectuais, determinantes sociais menos “nobres” e menos “formais”, tais como interesses rituais, conflitos simbólicos e culturais, necessidades de legitimação e de controle, propósitos de dominação dirigidos por fatores ligados à classe, à raça, ao gênero (SILVA, 2005, p. 8, destaque do autor).

Como indica Forquin (1992), o currículo é organizado em torno dos conteúdos que contam mais, ou seja, aqueles cujos defensores entrem na disputa com argumentos mais contundentes e agreguem maior legitimidade às falas. Os currículos expressam um processo de construção sócio-histórico, mediado pela seleção baseada no que importa mais para os grupos dominantes naquele recorte temporal, e refletem o que se intenta para o estudante sujeito a ele, o que se espera alcançar como marca de identidade, identidade esta obtida não apenas na submissão ao currículo mas também na própria constituição dos grupos curriculares que travarão as batalhas.

É importante sinalizar que, ainda que tenhamos a preponderância da relação entre os termos conteúdos e matéria, não indicamos aqui que estas seleções de conteúdos restrinjam-se a ‘o que ensinar’, mas a todo o constructo que envolve o currículo. Veiga-Neto (2013) nos auxilia e amplia ao indicar o currículo como um artefato escolar que extrapola a organização dos conteúdos, saberes e procedimentos de ensino, que funcionaria

como um eficiente e sutil promotor de determinadas disposições ou esquemas mentais e corporais que se manifestam nos modos pelos quais entendemos o mundo, nos relacionamos com os outros e, talvez principalmente, compreendemos a nós mesmos (Veiga-Neto, 2013, p. 162).

Nesse sentido, o currículo ganha papel central na construção do sujeito, pois

Articula *o que* pensamos e *como* pensamos (aquilo que fazemos) com *o que* fazemos e *como* fazemos (aquilo que pensamos). É na combinação entre o pensar o que se faz e o fazer o que se pensa que nos compreendemos como *sujeitos* e, a partir daí, nos identificamos (mais ou menos) com os outros (Veiga-Neto, 2013, p. 163, destaques do autor).

A identidade que o currículo ajuda a construir é uma identidade composta de esquemas mentais mas também de relações corporais. A sujeição do estudante ao currículo impõe as contingências físicas e mentais a este estudante que se materializam em paredes, carteiras, livros, mas também em silêncios e inatividade. O oposto também é possível: o currículo pode não sujeitar o estudante mas estimular à inquietude mental e física. De qualquer forma, como sintetiza Silva (2005, p. 10) “*o currículo está construído para ter efeitos (e tem efeitos) sobre pessoas (...) diferentes currículos produzem diferentes pessoas*”.

Reconhecer currículos como construções histórico-sociais implica reconhecer que há uma materialidade⁴ e uma subjetividade em suas manifestações inerentes ao próprio artefato. É possível observar esta materialidade através, por exemplo, dos programas de ensino, das legislações e regulamentações, assim como a subjetividade se dá nos entremeios da produção destes programas, destas legislações, destas regulamentações, através das disputas e acordos que os grupamentos curriculares encetam em sua gestação e desenrolar. Todavia é preciso compreender que a materialidade e subjetividade se apresentam não apenas em registros escritos mas em todos os registros do artefato no seu tempo, ao que nos leva à imprescindibilidade de compreensão dos espaços que o currículo ocupa, buscando compreender o quê estes espaços representam na constituição de um currículo.

O termo espaço é uma categoria de análise que se relaciona à manifestação física, palpável do local onde o currículo se realizará. Assim, facilmente entendemos que o espaço de um currículo seria a instituição educacional à qual ele será aplicado, contudo, esta simplificação não dá conta de compreender a dimensão que o espaço adquire no desenrolar de um currículo, pois ele está muito vinculado às potencialidades que o currículo pode alcançar. Por isso, encarar o espaço como um cenário onde se implementará um currículo é perder a potencialidade deste espaço como um espaço educador, pois ele é planejado, analisado, pensado para receber determinado currículo e traz nesse planejamento aspirações ideológicas e seleções conceituais que vão concorrer para a execução do currículo.

O edifício escolar, construído ou adaptado para tal, é uma concretização da concepção pedagógica do currículo, ao determinar e regular os fluxos e nichos de pessoas e atividades, trazendo explicitada nas paredes, portas, sanitários, decorações, fachadas, e até na relação que estabelece com os outros edifícios de seu entorno, as representações estéticas e culturais demonstrando visualmente qual o papel e ação de cada protagonista curricular, ou seja,

A arquitetura escolar é também por si mesma um programa, uma espécie de discurso que institui na sua materialidade um sistema de valores, como os de ordem, disciplina e vigilância, marcos para a aprendizagem sensorial e motora de toda uma semiologia que cobre diferentes símbolos estéticos, culturais e também ideológicos (Escolano, 2001, p. 26).

⁴ O termo materialidade busca inspiração na categoria materialidade de Roger Chartier (1999), porém aqui é usado de forma mais circunscrita às manifestações palpáveis, concretas, físicas até, que o currículo possa apresentar.

Assim, pensar um espaço curricular é entender como este espaço se comporta em seu potencial educador e regulador das aspirações e pretensões dos currículos, é pensar como as distâncias e as paredes comportam e conformam a ação curricular, mas é também pensar como esta fisicalidade do espaço é apropriada e manipulada pela ação dos indivíduos e grupamentos, pois, se o espaço educa, a ação das pessoas neste espaço também, daí a importância de compreendermos a distinção e imbricamentos das categorias espaço e lugar.

Viñao Frago (2001) estabelece uma relação entre espaço e lugar nos meandros da sua construção e ocupação:

A ocupação do espaço, sua utilização, supõe sua constituição como lugar. O “salto qualitativo” que leva do espaço ao lugar é, pois, uma construção. O espaço se projeta ou se imagina; o lugar se constrói. Constrói-se “a partir do fluir da vida” e a partir do espaço como suporte; o espaço, portanto, está sempre disponível e disposto para converter-se em lugar, para ser construído (Viñao Frago, 2001, p. 61, aspas do autor).

A atribuição de sentidos, a vivência, a significação que se constrói nos espaços extrapola sua fisicalidade, modificando a percepção que se tem destes, lugarizando estes espaços, *“O lugar, então, passa a ser cada vez mais entendido e vivido como uma projeção, neste assim chamado mundo sensível, de um espaço ideal”* (Veiga-Neto, 2002b, p. 208).

Cunha (2008) atribui à ação humana o potencial transformador do espaço em lugar, ao nos indicar que o espaço é *“sempre potencial, abriga a possibilidade de existência de programas [contudo] não garante a sua efetivação”* (p. 184b) a conversão do potencial, do concreto, do físico representado pelo espaço em lugar *“se constitui quando atribuímos sentido aos espaços, ou seja, reconhecemos sua legitimidade para localizar ações, expectativas, esperanças, possibilidades [atribuindo] um sentido cultural, subjetivo e muito próprio ao exercício de tal localização”* (Cunha, 2008, p. 184c). Assim, o espaço seria a possibilidade, uma realidade potencial que se objetiva no momento em que ele é ocupado e constituído, estabelecendo-se finalidades e usos a partir das representações que os grupamentos ocupantes têm acerca daquela construção. O lugar é *“o espaço preenchido, não desordenadamente, mas a partir dos significados de quem o ocupa”* (Cunha, 2008, p. 185a).

O espaço é um edifício, são paredes e telhados, mas carrega em si a subjetividade, pois, ainda que planejado para abrigar uma ocupação específica, este

espaço se tornará concreto em sua ocupação real, ganhando o atributo de objetividade e tornando-se um lugar. É a dimensão do currículo proposto que converte espaços em lugares e lugares novamente em espaços, dando ao edifício e à instituição que ele abriga a dimensão de espaço e de lugar, concomitantes: “*a escola é espaço e lugar. Algo físico, material, mas também uma construção cultural*” (Viñao Frago, 2001, p. 77). A lugarização de um espaço depende da atribuição de sentidos, da legitimidade que os indivíduos e grupamentos lhe imporão à partir de suas próprias perspectivas sobre o currículo que ali se manifesta, portanto, um espaço até pode ser mais fixado, menos móvel, mas um lugar não, pois, este depende das experiências próprias dos planejadores e dos ocupantes para se concretizar. Por isso, a necessidade de compreensão ubíqua do espaço e do lugar. Não se trata de delimitar o espaço como a manifestação física e o lugar como a manifestação emocional, ideológica, sobre esta fisicalidade, mas de compreender que espaço e lugar estão intrincados, pois os lugares se constituem a partir da apropriação dos espaços e os espaços se concretizam à partir da sua lugarização, constituindo uma dupla educadora que tem potenciais distintos complementares.

A relação entre espaço e lugar leva a refletir sobre a ação humana nesta construção. Tornar um espaço um lugar é mediado pelas perspectivas curriculares que se dão, contudo, o currículo é mediado por relações de poder e controle que se manifestam nesta apropriação dos espaços, conformando identidade dos grupos curriculares, importando, assim o território, que traz uma dimensão mais fluida e menos concreta de distribuição do espaço que o lugar, podendo se sobrepor e expandir, o que faz com que o espaço escolar abrigue ambos.

O território se constrói nos limites entre o indivíduo ou grupo e suas pretensões e intenções naquele espaço-tempo curricular, território é

uma noção subjetiva ou caso se prefira, objetivo-subjetiva – de índole individual ou grupal e de extensão variável. Uma extensão que vai desde os limites físicos do próprio corpo – ou de determinadas partes do mesmo – até o espaço mental dos projetos, ali até onde chega o pensamento que prenuncia a ação e o deslocamento (Viñao Frago, 2002, p. 63).

Territórios se organizam a partir das disputas travadas nos currículos, onde os grupos curriculares se mostram com maior ou menor prerrogativa de influenciar a ocupação dos espaços. Ao abrigar a “*liturgia acadêmica* [os espaços ganham] *significados e transmitem uma importante quantidade de estímulo, conteúdos e valores*” (Escolano, 2001, p. 27), que estão dispostos no currículo institucional, tanto na

forma de preceitos e disciplinarização do sujeito escolar, quanto na organização matricial das disciplinas escolares, que *“na medida em que cada matéria/disciplina ocupa determinadas células nessa matriz, a divisão epistemológica entre as matérias assume uma materialidade visível”* (Veiga-Neto, 2002b, p. 214), levando-nos a refletir que os territórios são constituídos em decorrência das relações de poder que os grupamentos descrevem ao longo do processo de organização, construção e mudança de um currículo institucional.

Cunha (2008, p. 185b) sintetiza a relação de complementariedade e retroalimentação entre espaço-lugar-território, ao sinalizar que *“O espaço se transforma em lugar quando os sujeitos que nele transitam lhe atribuem significados. O lugar se torna território quando se explicitam os valores e dispositivos de poder de quem atribui significado”*. Assim, partindo de uma fisicalidade potencial que a manifestação do currículo prevê, a ação dos protagonistas curriculares nessa fisicalidade a transforma, a lugariza a partir de uma série de representações, expectativas, valores, significações. A intencionalidade e as relações de poder e valoração embutidas não se limitam à fisicalidade lugarizada, e expandem sua zona de influência construindo superposições territoriais.

Os protagonistas no currículo são, portanto, essenciais na sua construção, pois é nos meandros da ação-reação-inação que se configuram as manifestações espaço-temporais do currículo e se constroem os territórios de atuação/influência, que extrapolam a observação física concreta do espaço e interfere na própria forma de construir o currículo enquanto um manifesto destas relações:

O currículo visto como produto acabado, concluído, não pode deixar de revelar as marcas das relações sociais de sua produção. Desde sua gênese como macrotexto de política curricular até sua transformação em microtexto de sala de aula, passando por seus diversos avatares intermediários (guias, diretrizes, livros didáticos) vão ficando registrados no currículo os traços das disputas por predomínio cultural, das negociações em torno das representações dos diferentes grupos e das diferentes tradições culturais, das lutas entre, de um lado, saberes oficiais, dominantes e, de outro, saberes subordinados, relegados, desprezados (Silva, 2006, p. 22).

As intencionalidades fazem com que o currículo se apresente diferenciado de acordo com o ponto que se observa, tal qual a dimensão espaço-territorial dele, constituindo um hiato entre a proposição formal e a efetivação destas, estabelecendo-se espaços-tempo do currículo que se observariam entre o que é prescrito, proposto na letra da lei, do projeto pedagógico, dos regulamentos, da proposta curricular de um

segmento, ou seja, de um documento-legal que traria a prescrição da formação, e o que de fato acontece no percurso formativo, que será mediado pelo cotidiano institucional destas proposições que se vão moldando, transformando, e mesmo resistindo conforme cada momento, cada protagonista, cada espaço-tempo, e pelas relações estabelecidas entre todos estes elementos, constituindo um currículo real praticado que se afasta do prescrito, conservando maior ou menor relação com este⁵.

Importa notar que, tal como Silva (2006) supracitado, essa dissensão não representa polaridade e oposição, mas é parte do processo de construção e continuidade que o currículo enfrenta no seu cotidiano. As relações de poder e valoração que agem sobre o percurso de construção e o processo de seleções curriculares estão implícitas no currículo prescrito, contudo, ela não necessariamente se explicitará no currículo praticado tal qual, podendo levar à releitura e reanálise constantes, criando um outro produto que mantém relação íntima e sequencial com o primeiro, pois as prescrições curriculares *“estabelecem certos parâmetros que permitem alguma transgressão e a transcendência ocasional desde que a retórica da prescrição e o gerenciamento não sejam questionados”* (Goodson, 2008, p. 143).

Portanto, currículos não são seleções ingênuas tampouco manifestações despretensiosas. Eles trazem em seu texto, em sua prescrição, as relações de poder e controle sobre a formação que os protagonistas propositores esperam e que permeiam o percurso de sua construção como um artefato representativo de um determinado momento/movimento sócio-histórico. A partir deste documento de seleções imbrincadas, há a ação dos novos protagonistas, os executores agem sobre esta prescrição e sua prática é também permeada por relações de poder e controle que alterarão o produto observado em sua prática. Há, porém, limite nesta reelaboração, determinada já em sua origem, já em sua prescrição, onde se mantém os fundamentos da retórica propositora e se permite o entremeado de ações cotidianas.

⁵ Aqui, optamos por utilizar a terminologia de Goodson (2011) designando por currículo prescrito e currículo ativo ou praticado, por similaridade epistemológica e pela simplificação dos termos sem ser simplório. Contudo, há que se considerar que existem outras formas de designar conforme o alinhamento conceitual do autor consultado, como faz Gimeno Sacristán (2000) que reconhece seis níveis: o currículo prescrito (sistemas e políticas curriculares); o currículo apresentado aos professores (meios que traduzem o currículo para o professor, a exemplo dos livros didáticos); o currículo moldado pelos professores (planejamento e planificação do professor sobre o currículo); o currículo em ação (a prática do professor em aula); o currículo realizado (os efeitos da prática); o currículo avaliado (avaliação da eficiência e efetividade do currículo).

Currículos estão direta e imediatamente mediados pelo processo social que os produz, estão repletos de seleções de conhecimentos considerados válidos para o recorte que o produziu, e carregam em si o potencial aculturador a estas seleções, porque fortemente permeado dos rituais e operações de poder sociocultural.

2. PERCURSO E FONTES

Partir da compreensão de currículo como artefato é partir do reconhecimento de seu processo de construção mediado por grupamentos sociais, todavia isso é uma forma de pensar e não de analisar as fontes. Para determinação de um alinhamento metodológico foi preciso primeiro reconhecer de que fonte histórica se estava tratando e quais seriam as fontes disponíveis para análise, o que causou certo desconforto ao constatar que pouco se havia preservado do Curso Experimental de Medicina.

Dois motivos puderam ser depreendidos a partir da fala dos entrevistados e dos responsáveis pelos acervos consultados como causas para a perda dos referenciais sobre o curso: um físico e verbalizado, outro subjetivo e sinalizado nas entrelinhas.

O primeiro é um incêndio que atinge, ao final da década de 1990, o porão da Faculdade de Medicina, local onde eram arquivados fisicamente os documentos acadêmicos de diversas naturezas, desde processos de transferência até notas dos alunos, fazendo com que a informação se perdesse, uma vez que não havia registro eletrônico dos arquivos antigos. De acordo com a Assessoria Técnica Acadêmica da Faculdade de Medicina, documentação referente a mudanças curriculares, programas de curso, e outros processos internos da Faculdade de Medicina foram consumidos pelas chamas, restando pouquíssimo material dos períodos anteriores, resumindo-se essencialmente ao que se encontrava arquivado em outro local que pode ser recuperado em cópias à Assessoria, como o caso dos Programas de Curso que foram ali consultados, e seguem descritos adiante.

O motivo percebido nas entrelinhas dos discursos dos indivíduos consultados é o fato do Curso Experimental de Medicina ser considerado por seus

opositores uma ‘excrecência’ na ‘grandiosidade’ da Faculdade de Medicina⁶. Estes opositores, pessoas fortes junto à comunidade da Faculdade, teriam gerado um discurso de desvalorização crescente do Curso, fazendo com que possíveis registros que se tivessem guardados em locais alternativos e arquivos pessoais fossem sendo descartados no correr dos anos, pois não tinham atributo de relevância e legitimidade na construção da história da Faculdade.

Independente dos motivos que fizeram com que a documentação escrita não estivesse disponível para consulta no período de realização desta pesquisa, o impacto da fraca preservação de documentação escrita contemporânea à realização do Curso Experimental de Medicina foi sentido no primeiro momento de coleta, levando à necessidade de reavaliação da preponderância de um documento escrito sobre outras fontes de pesquisa que poderiam estar disponíveis, quiçá em maior abundância.

A prerrogativa dada ao documento escrito como representante da verdade é bastante discutida no sentido de validade e superação deste paradigma. Jacques Le Goff (1990, p. 495) propõe que compreendamos que um documento “*não é qualquer coisa que fica por conta do passado, é um produto da sociedade que o fabricou segundo as relações de forças que aí detinham o poder*”. Ainda que o autor esteja discutindo com mais profundidade o registro escrito, ele propõe uma compreensão ampliada para ‘documento’, incorporando como todos os registros, sejam eles escritos, iconográficos, orais e outros, e assim todos seriam registros de um período realizado por um indivíduo ou grupo que expressará nesse registro as suas próprias representações e parte de seu lugar social. A partir desta ação seletiva do poder da comunidade sobre o registro, não se pode priorizar o documento escrito como registro fidedigno mais do que um documento de outra natureza. Todos tem ser relativizados a partir das contingências geradoras do registro.

⁶ Apenas a título de exemplificação, citamos dois discursos junto à Congregação da FMUSP que levam a esta compreensão da forma de entendimento do Curso Experimental de Medicina. O primeiro proferido por Paulo de Almeida Toledo, então diretor da Faculdade, onde questiona “*até quando vai esse CEM? É preciso dar um balanço nas experiências do Curso Experimental de Medicina para que ele seja fundido completa e definitivamente à Faculdade de Medicina, para que não exista esta excrecência jurídica de duas faculdades médicas independentes, o que é contra a lei.*” (Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 30 de junho de 1972, p. 282-285v). O segundo, uma fala do professor Charles Edward Corbet indicando que o Curso Experimental de Medicina não era um curso legítimo da Faculdade de Medicina ao referir-se ao Curso Tradicional de Medicina como “*o curso normal – o legítimo desta Faculdade*” (Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 01 de novembro de 1972, p. 14-18).

Carlo Ginzburg (2011) preocupa-se com a relação entre estes registros que são coletados e a realidade que os produziu e o quanto estes podem ser lidos e tidos como expressão da verdade:

É necessário sublinhar que historiadores – lidem eles com fenômenos recentes, distantes ou mesmo em processo – nunca se aproximam diretamente da realidade. Seu trabalho é sempre inferencial (...) um paradigma interpretativo específico é necessário, devendo ser relacionado (...) a um código específico, segundo o qual a evidência se constrói (Ginzburg, 2011, p. 348).

O autor reforça a necessidade de uma dupla compreensão. Primeiro que os registros produzidos, tal qual Le Goff (1990), são mediados por contingências produtoras que estão impregnadas neste registro e devem ser analisadas como parte integrante do documento e não como um quadro distante que ilustra, como uma iluminura, o período de produção. Segundo, que o trabalho de análise e interpretação dos registros é um trabalho de aproximação indireta da realidade, não é possível dizer que o que se expressa em determinado registro seja a verdadeira realidade dos fatos tal qual ocorreram, porque essa verdade está impregnada, no mínimo, por dois olhares, o do produtor do registro - que traz a contingência histórica de produção do documento - e o do historiador - que traz a contingência seletiva de seus objetivos de pesquisa para o documento. Assim, o registro, para Ginzburg, não é um portal para ‘a’ realidade, mas um portal para ‘uma’ realidade que tem de ser encarada a partir de uma série de distorções que se vão interpondo na produção e análise do documento, sendo que estas distorções compõem a análise e não se apartam dela.

Karnal e Tatsch (2009, p. 24) chamam a atenção para todos os registros que são apreciados em sua validade histórica considerando que um “*documento histórico é qualquer fonte sobre o passado conservado por acidente ou deliberadamente, analisado a partir do presente e estabelecendo diálogos entre a subjetividade atual e a subjetividade pretérita*”. Assim, todos os registros poderiam ganhar o atributo de documento histórico, contudo o que os faz migrar de uma posição inerte para uma posição de ação diante de um objeto é o atributo de importância que lhes é imputado ao longo de sua história, variando e dependendo do contexto que o cerca. Um registro pode ser acatado como importante, ou não, conforme as condições de sua análise e aplicabilidade a determinado objeto e objetivo de estudo. Contudo, o grau de importância pode ser expandido e aumentado conforme o valor que lhe é atribuído a

partir da potencialidade de diálogo subjetivo, com os leitores se apropriando e expandindo as possibilidades de análise e interpretação, e aumentando os focos de inserção e análise sobre ele em um movimento continuado onde o documento cria *“importâncias que contaminam outros documentos que formam historiadores que passam a buscar aqueles documentos com hipóteses prévias”* (Karnal e Tatsch, 2009, p. 23).

Revisando a compreensão da prerrogativa de verdade de um documento escrito e tendo a atribuição de valor como ponto fulcral na localização de documentação plausível, pensar a Faculdade de Medicina e os documentos que podem ser tornados fontes de pesquisa é considerar a amplitude de impregnação da Faculdade e suas distintas distorções, buscando os inúmeros indícios que podem ser encontrados nessa profusão de possibilidades tendo como parâmetro delimitador o objeto da pesquisa, ou seja, o Curso Experimental de Medicina. Sabendo o quão ciosa de sua história é a Faculdade de Medicina e a sua comunidade, e concordando com o atributo de valor dado a um registro tornado documento, as fontes foram buscadas junto à sua comunidade de antigos alunos e professores do Curso Experimental de Medicina. Ao lado de registros oficiais, produzidos pela Faculdade e arquivados nos acervos oficiais que escaparam do referido incêndio da década de 1990, um grupo de documentos se construiu a partir da participação direta desta comunidade, constituindo-se assim, o escopo documental desta pesquisa de duas naturezas: documentos escritos - oriundos dos acervos institucionais reconhecidos, de arquivos pessoais da comunidade de antigos alunos e professores, e do formulário de coleta de dados quantitativos - e documentos orais – oriundos de entrevistas transcritas reelaboradas.

2.1. DOCUMENTOS ORAIS

Alinhado à conceituação da História Oral, as entrevistas temáticas⁷ se constituíram em um ponto muito central desta pesquisa, e utilizaram um roteiro geral com pontos a serem discutidos com todos os participantes, e um roteiro específico,

⁷ Utilizou-se um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO I), onde consta o título provisório aprovado em Exame de Qualificação, bem como informações da pesquisa, pesquisadora e orientadora. Este Termo foi empregado em duas vias, e após esclarecimento solicitou-se sua assinatura para o arquivamento de uma via com a pesquisadora e uma via com o entrevistado.

quando coube, com pontos a serem discutidos especificamente com determinado participante de acordo com a relação deste com o projeto (APÊNDICE B).

As entrevistas foram privilegiadas como fontes de análise sempre que possível, contudo, há diversos momentos em que a documentação escrita se sobrepõe - não em uma relação hierárquica, mas em uma relação conceitual-informacional - o que impõe a utilização das entrevistas, conforme Meihy (2002), como uma técnica, onde o documento oral compõe o rol de documentos que serão a base de análise do objeto em uma relação de precedência e equilíbrio⁸. Vale notar que a História Oral tem o potencial de trazer à luz eventos desconhecidos quanto a um episódio que pode já ser conhecido, por isso, ela se organiza mais sobre os significados do dito, que sobre eventos ditos, e é crucial perceber não apenas o que de fato ocorreu, mas as intenções, o que se pretendia fazer, o que se acreditava estar fazendo (Portelli, 1997). A isto corresponde a noção de que em um depoimento não há uma mentira, na acepção moral da palavra, mas um alinhamento de ideias e fatos mediados pela contínua reconstrução e reanálise que o depoente impõe aos fatos narrados, que geram, a cada emissão, um discurso de verdade:

(...) toda narrativa é sempre e inevitavelmente construção, elaboração, seleção de fatos, impressões. Portanto, como discurso em eterna elaboração, a narrativa para a História Oral é uma versão dos fatos e não os fatos em si (...) memória, esquecimento e deformação fazem com que a narrativa não seja uma visão objetiva dos fatos, mas a vontade de que os eventos abordados tivessem sido daquela forma (Meihy, 2002, p. 50-51).

Creditar a narrativa o status de verdade para o narrador pode ser considerado um princípio simples, mas em cuja simplicidade repousa a complexidade da fonte oral, em especial se pensarmos a ciência positiva onde o dado e realidade são verdades absolutas e não relativas. O atributo de relatividade contingencial e a valorização da narrativa a partir de uma série de pontuações faz com que a História Oral consiga subsidiar a produção dos documentos orais desta pesquisa e redimensionar o Curso Experimental de Medicina a partir da representação que os participantes têm da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, do seu curso, da profissão e atuação médica, do período histórico de exceção da ditadura militar, e outros. Contudo,

⁸ Linhas gerais, Meihy (2002) indica que a proposição de pesquisa baseada na História Oral pode ser fundamentada em três maneiras de utilização das fontes orais: como ferramenta ou recurso de referência (reduzindo as fontes orais a depoimentos que não precisam ser submetidos a critérios de elaboração documental); como técnica (onde a fonte oral é tratada em diálogo permanente às fontes de outra natureza); como método (onde a fonte oral é privilegiada e toma o papel central da construção da temática do projeto da pesquisa).

o mais importante é permitir a estes protagonistas a reelaboração de suas ações e o reconhecimento de seu papel como corresponsáveis na construção de uma parte da história da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. E para tal, foi imprescindível a maneira de realização das entrevistas, que incluiu essencialmente três etapas⁹.

A primeira etapa foi a preparação da entrevista, onde se dava contato com o entrevistado, e reconhecimento deste indivíduo em sua importância relacional com o objeto. Buscar informações sobre o entrevistado, sua relação espaço-temporal com o Curso Experimental de Medicina e sua trajetória posterior ao curso propiciou uma aproximação a este entrevistado, permitindo a exploração de aspectos circundantes ao Curso e o aprofundamento das discussões. Conhecer um pouco da trajetória do entrevistado permitiu trabalhar com dois roteiros de entrevista, um geral, com os eixos de discussão necessários para a compreensão do objeto sob as óticas individuais, e um roteiro mais específico traçado a partir de pontos de contato pessoais e particulares de cada entrevistado com o Curso Experimental de Medicina.

A existência de dois roteiros complementares também permitiu a saída estratégica de situações de silêncio prolongado e desvios temáticos extremos, contudo, por tratar-se de eixos de discussão e não perguntas, os roteiros não limitaram a fala, mas mostraram-se estimuladores desta.

A segunda etapa é a própria entrevista, momento privilegiado da pesquisa em que o reconhecimento do papel do currículo se dá de forma apical. Situações ímpares do cotidiano do Curso Experimental de Medicina emergem para compor um quadro multifacetado e permeado pelas experiências distintas ao longo das décadas que separam o momento de graduação e o momento de entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas em local e horário determinado pelo entrevistado, buscando-se respeitar o menor tempo possível para a atividade. Tal preocupação deriva do

⁹ Não há consenso entre os autores consultados (Alberti, 2004; Meihy, 2002; Vidal, 1998; Portelli, 1997) sobre a quantidade de etapas da produção do documento oral, contudo, são mantidos os fundamentos básicos para a obtenção do documento. Optamos aqui por estabelecer uma síntese da orientação encontrada na bibliografia dividindo a produção do documento oral em três etapas: pré-entrevista; entrevista; e pós-entrevista. Apenas para ilustrar, Vidal (1998) descreve quatro etapas: Preparação da entrevista (delimitação mais estrita do objeto; a seleção dos entrevistados e o aprofundamento do conhecimento que se tem sobre cada um deles; o estabelecimento do contato e a preparação de um roteiro); Situação de entrevista (construção do documento oral mediada pelas contingências do espaço-tempo da entrevista); Transcrição (passagem da oralidade para a escrita); Retorno da transcrição ao depoente (submissão do texto oriundo da oralidade para aprovação, ajuste, negociação e aprovação final pelo entrevistado).

reconhecimento da situação de pausa das atividades laborais que os profissionais se sujeitaram para permitir que esta pesquisa fosse realizada, reconhecimento indelével.

Esta segunda etapa é certamente o momento-chave da pesquisa, todavia, a terceira etapa é realmente formadora pois constituiu-se da transcrição destas entrevistas e reelaboração destas pelos entrevistados.

Transcrever as entrevistas é um exercício extremado, não apenas pela dificuldade inerente de traduzir fala em escrita mas pela tentativa de expressar as intencionalidades geradoras da fala, trabalho quase infrutífero pois não há marcação gráfica possível capaz de realmente traduzir em símbolos gráficos os sons e os silêncios da oralidade, a expressão corporal e facial, a situação espaço-temporal de realização da entrevista (Alberti, 2004; Meihy, 2002; Vidal, 1998; Portelli, 1997).

Falta de experiência e conhecimento em transcrições tiveram de ser superados a partir de leituras e erros cometidos e revisados. Ao final, fez-se a opção por transcrever a palavra e fugir das marcações mais especializadas de transcrição linguística pois estas estavam corrompendo o texto e dificultando aos entrevistados as correções. Por isso, foram utilizados apenas os seguintes marcadores inspirados na indicação de marcadores para transcrição de entrevistas feita por Marcuschi (2003):

Quadro I - Marcadores para transcrição das entrevistas

Marcação	Significado	Motivo
(+)	Pausa	Marcação para pausa na fala, contanto que esta pausa não seja expressiva do próprio ritmo de fala do entrevistado.
(++) ou (+n°)	Pausa prolongada	Marcação de pausa prolongada. Se apenas mais longa que a habitual, marcou-se com (++), se muito demorada marcou-se com o tempo estimado da pausa.
(())	Comentários e notas do entrevistador	Recurso utilizado para introduzir mudanças na tonalidade, expressões físicas e faciais, situações distintas no percurso da entrevista; ou ainda para introduzir uma complementação que ficara subentendida na oralidade
/.../	Supressão de trecho	A supressão dos trechos ocorreu por: explicitação da identidade do entrevistado; inadequação do relato aos objetivos da pesquisa; solicitação do entrevistado.
/	Truncamento da fala	Interrupção da fala
MAIÚSCULA	Ênfase ou acento forte	Marcações para indicar a mudança das nuances da narrativa.
<u>Sublinhado simples</u>	Redução de tom de voz	
<u>Sublinhado duplo</u>	Redução extrema de tom de voz	

Fonte: Extraído e Adaptado de Marcuschi, 2003.

Somando-se à dificuldade da transcrição, a submissão do texto produzido à aprovação do entrevistado é uma nova revisão. Alguns optaram por não realizar ajustes reconhecendo o alto grau de dificuldade de transpor a ideia de um suporte oral para o

escrito, outros tentaram traduzir o que eram suas intencionalidades em uma nova construção textual numa tentativa de esclarecer suas falas e ideias, e assim, o documento oral construído e aqui utilizado para análise configurou-se quase como um simulacro da oralidade da entrevista, pois não se propõe analisar a entrevista, a fala bruta do participante, mas a oralidade tornada escrita, escrita essa que passou por deformações de sua transformação de meio de comunicação e pela reelaboração do participante. É esta produção conjunta, de entrevistador-entrevistado que está em análise e cotejamento com a documentação escrita, e resulta como documento oral desta pesquisa.

Para chegar ao momento de construção do documento oral, foi necessário estabelecer o universo de entrevistados. A primeira grande delimitação do universo dos possíveis entrevistados deu-se a partir do critério de pertença direta ao Curso Experimental, logo, todos os antigos alunos e antigos professores do Curso Experimental de Medicina que estivessem geograficamente acessíveis, lúcidos e fisicamente capacitados eram elegíveis, ao que dois problemas surgem imediatamente: o número de integrantes desse universo e a identificação nominal destes para estabelecimento de contato.

Em uma estimativa de quantidade, chegamos a 575 alunos, considerando 50 ingressantes em 1968 e 75 nos 7 anos seguintes, evidentemente que há desistências, transferências, outros ao longo das turmas, mas 575 alunos é uma estimativa plausível. Entretanto, em relação aos professores a estimativa deixa de ser tão plausível pela própria dinâmica de oferecimento dos conteúdos que dividia as turmas em pequenos grupos. Conforme artigo publicado por Eduardo Marcondes, coordenador geral do Curso Experimental de Medicina, em 1975, o Curso era composto por 28 disciplinas ou conjuntos de disciplinas nos quatro primeiros anos da grade curricular, se supormos a divisão de cada turma em 5 grupos (uma média obtida nas entrevistas) teremos a necessidade de 5 professores por disciplina, totalizando 140 professores nos anos iniciais, entretanto sabemos, ainda pelas entrevistas, que diversos professores se repetiam e eram responsáveis por mais de uma disciplina, e, não raro, dentro de uma disciplina, o grupo tinha mais de um professor, fazendo com que uma estimativa mais razoável fosse considerar o número de professores correspondente aos catedráticos e

assistentes da FMUSP somados aos médicos e residentes do Hospital das Clínicas que estavam em função no período.

Vê-se assim que, para além de imenso e imanejável para a perspectiva desta pesquisa, este universo se mostrou desconhecido pois não foram localizados os registros dos alunos e professores especificamente do Curso Experimental de Medicina.

A busca pela listagem dos integrantes de cada turma do Experimental e do Tradicional mostrou-se infrutífera em separado, pois dado o fato da colação de grau ser conjunta, a listagem é única constando todos os formando do ano correspondente, ou seja, não é possível distingui-las aqui. Contudo, os currículos distintos fazem com que seja necessário distinguir os alunos para emissão de documentação comprobatória, notadamente o histórico escolar, mas aqui é preciso lembrar-se do relatado incêndio na década de 1990 e do fato de que as fichas pessoais dos alunos - estas preservadas - são, como o próprio nome diz, pessoais e somente poderiam ser acessadas com autorização expressa de cada antigo aluno.

Partimos então para o estabelecimento de um ponto zero. O ponto zero, tal como nos indica Meihy (2002) é um indivíduo, uma organização, um grupamento que seja reconhecido pelo universo pesquisado como conhecedor deste universo e que pode mapear este universo ajudando a restringi-lo a partir de informações fiáveis. Neste caso, a Associação dos Antigos Alunos da FMUSP se mostrou o ponto zero acessível, legítimo e legitimado por seus representados, que poderia nos colocar em contato não apenas com os antigos alunos do Curso Experimental de Medicina mas também indicar antigos professores.

A Associação dos Antigos Alunos da FMUSP propôs diversos alunos e professores envolvidos com o Curso Experimental de Medicina que seriam possíveis de entrevistar, selecionando-os pelo critério de proximidade geográfica e reconhecida disponibilidade pessoal em participar, mostrando-se como um ponto zero primoroso. É da Associação a primeira referência à inclusão de antigos alunos do Curso Tradicional e do Curso de Fusão que poderiam compor o quadro de entrevistados, levando à diversificação do universo, que acabou por incluir outros antigos alunos:

- Curso Tradicional de Medicina (CTM): alguns antigos alunos foram indicados por terem escolhido especialidades que, à época, eram

reconhecidas como campo de inserção do Experimental, ao que lhes foi imputado uma possível visão dupla, da percepção de uma medicina diferente mas a formação por um currículo convencional.

- Curso de Fusão (Fusão): ainda que não fosse objeto desta pesquisa, precisava ser brevemente compreendido a partir da vivência, pois é o curso que herda as tentativas de compactuar as expectativas formadoras do Curso Experimental de Medicina com o Curso Tradicional de Medicina.
- Centro Acadêmico Oswaldo Cruz (CAOC): a participação do CAOC na vida dos estudantes da FMUSP é considerada formadora pelos pares. Os estudantes da FMUSP integram as atividades promovidas pelo CAOC não apenas como participantes, mas, habitualmente compõem diretorias e comissões do Centro Acadêmico. Além disso, o período político; a inserção do CAOC nos movimentos contrários ao regime, incluindo-se a luta armada; a sinalização de uma tendência mais politizada dos alunos CEM; a ocupação de espaços distintos pelo CEM; fazem com que a visão do CAOC se configure como essencial para a compreensão do período. Aqui foram selecionados os antigos presidentes no período de 1968 a 1975, anos em que circularam alunos das duas turmas em separado, por uma conveniência numérica e pela crença de que o presidente seria um indivíduo com a visão do todo da FMUSP, ao contrário de um diretor de área que poderia concentrar sua análise na sua experiência restrita.

Todos os contatos iniciais foram realizados utilizando-se os endereços eletrônicos¹⁰ o que sujeitou a comunicação a falhas pela inconsistência do endereço, gerando mensagens de erro na recepção do e-mail. Foram totalizadas 81 tentativas de contato, sendo 57 com antigos alunos e 24 com antigos professores. Destas 35 se concretizaram em entrevistas agendadas e realizadas, sendo 14 com antigos professores, 17 com antigos alunos CEM, 1 com antigos alunos CTM, 1 com antigo aluno Fusão e 1 antigo presidente do CAOC.

A tentativa original era abranger todas as turmas do Curso Experimental de Medicina através de entrevistados representantes de cada uma delas. Entretanto esta

¹⁰ A obtenção dos endereços eletrônicos se deu de formas diversas: cedidos juntamente com o nome por ocasião da indicação para entrevista; localizados via buscadores on-line a partir do nome do indicado; localizados na publicação da Associação dos Antigos Alunos da FMUSP (BACALLÁ, SUZUKI & DUARTE (orgs.). As 100 turmas da Faculdade de Medicina da USP. 2012)

proposição inicial se mostrou desnecessária pois o Curso se configurou como dois blocos, onde as três primeiras turmas traziam dados bastante relevantes quanto ao Curso puro e as cinco turmas restantes mostravam um hibridismo crescente com o Curso Tradicional de Medicina. A distribuição dos alunos CEM conforme a turma segue:

Quadro II – Distribuição dos alunos CEM conforme a turma

Aluno CEM	Situação do Contato			TOTAL
	Mensagem de erro	Sem resposta	Entrevista realizada	
1ª turma (1968-1973)	1	6	3	10
2ª turma (1969-1974)	4	7	3	14
3ª turma (1970-1975)	0	2	5	7
4ª turma (1971-1976)	5	3	4	12
5ª turma (1972-1977)	0	1	1	2
6ª turma (1973-1978)	1	0	0	1
7ª turma (1974-1979)	0	0	0	0
8ª turma (1975-1980)	1	2	1	4
TOTAL	12	21	17	50

Todos os professores localizados para entrevista mantiveram sua relação com a Universidade de São Paulo ao término do Curso Experimental de Medicina; todavia, vários profissionais que atuaram como professores do Curso não seguiram a carreira acadêmica e, infelizmente, nenhum destes professores pode ser localizado mesmo com o recurso de buscas digitais. A pertença de todos os professores entrevistados ao quadro docente da Universidade de São Paulo se soma à pertença de 2/3 dos antigos alunos entrevistados que também pertencem ao quadro de funcionários da Universidade, dando um viés à amostra. Dos 21 alunos entrevistados, apenas 7 não mantêm vínculo com a Universidade em alguma instância. A seleção dos contatos buscados traz uma variabilidade de atuações profissionais que não pôde ser mantida na amostra final. Foram buscados contatos com 25 antigos alunos do Curso Experimental de Medicina que atuam em instituições privadas de saúde, porém apenas 5 puderam ser entrevistados.

Conforme o acordado com os entrevistados, a confidencialidade de suas declarações é mantida através da omissão de seus nomes e elementos que pudessem caracteriza-los, como cargo ocupado, trajetória profissional. Contudo, há informações que contribuem na compreensão que se faz da fala destes. No caso dos antigos alunos, importa saber em que turma do Curso Experimental de Medicina ele ingressou. No caso dos antigos professores, importa saber qual a disciplina ou conteúdo ele estava vinculado. Assim, os entrevistados serão identificados nesta pesquisa utilizando uma chave identificadora, conforme indicado a seguir:

Quadro III – Chave identificadora dos entrevistados

Antigo Aluno	An°.n°	Antigo aluno do Curso Experimental de Medicina, turma concluída, posição de entrevista A1.1 Antigo Aluno do Curso Experimental de Medicina, pertence à turma 1 do curso, foi o primeiro a ser entrevistado de sua turma		
	AC	Antigo aluno da Faculdade de Medicina pertencente à diretoria do CAOC		
	AT1	Antigo aluno do Curso Tradicional de Medicina, pertence à turma 1 do curso		
	AF	Antigo aluno do curso de Fusão		
Antigo Professor	P.letra.n°	Antigo professor do Curso Experimental de Medicina, disciplina lecionada, posição de entrevista. PPT.1 Antigo professor de Patologia, primeiro a ser entrevistado desta disciplina.		
		AT: Anatomia BQ: Bioquímica FR: Farmacologia	FS: Fisiologia HT: Histologia IM: Imunologia	MI: Moléstias Infecciosas MP: Medicina Preventiva PT: Patologia

Na reprodução das falas, as perguntas e interjeições da pesquisadora são sinalizadas pela precedência da letra **P**.

2.2. DOCUMENTOS ESCRITOS

Ainda que reconheçamos que todos os documentos aqui utilizados são, de uma forma ou de outra, escritos pois foram utilizados a partir de uma materialidade reconhecida por uma sucessão de frases conexas que podem ser transportadas ao suporte físico impresso, estamos apresentando separadamente este grupo de documentos pois eles se constituíam como escritos em sua forma original localizada e acessada.

Dentre os documentos escritos, é preciso diferenciar a origem distinta destes. O primeiro grupo constitui-se de fontes primárias e secundárias localizadas em acervos e Arquivo Privado; o segundo grupo constitui-se de dados coletados diretamente junto aos antigos alunos do Curso Experimental de Medicina e do Curso Tradicional de Medicina através de um formulário on-line especificamente produzido para esta pesquisa.

2.2.1. Acervos e Arquivo Privado

Dois acervos institucionais da Faculdade de Medicina são reconhecidos em seu potencial arquivístico, o Museu Histórico “Professor Carlos da Silva Lacaz” da

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e o arquivo físico da Assistência Técnica-Acadêmica da Faculdade.

O Museu Histórico foi criado em 1977 como tal, mas a partir de 1993 é renomeado para homenagear seu fundador e diretor vitalício, o professor Carlos da Silva Lacaz. Com sua morte, o Museu Histórico sofreu um processo de reestruturação e revitalização, que revisou sua concepção fundadora - embasada em uma história linear e marcada por feitos e vultos históricos - e se propôs como um espaço promotor e estimulador de ações de preservação, investigação, pesquisa e comunicação das práticas de saúde e da Medicina no Brasil e de São Paulo¹¹.

A documentação escrita nele localizada e selecionada de acordo com os objetivos desta pesquisa consta no quadro a seguir:

Quadro IV - Documentação utilizada constante do acervo do Museu Histórico da FMUSP

Acervo	Título	Autor	Data	Páginas	Características Adicionais
Museu Histórico "Carlos da Silva Lacaz" da FMUSP	Relatório do prof. João Alves Meira	João Alves Meira, diretor da FMUSP no período	janeiro, 1970	8 páginas numeradas	documento datilografado e assinado de próprio punho por João Alves Meira, com grifos em lápis vermelho
	Aos estudantes da Faculdade de Medicina	Carlos da Silva Lacaz, diretor	27/10/1976	4 páginas numeradas	cópia reprográfica de documento original
	Comunicados das Assembléias Gerais dos Alunos da FMUSP em 14 e 15/10/1976	CAOC	15/10/1976	2 páginas	cópia reprográfica de documento original
	Adeus à minha Faculdade	Carlos da Silva Lacaz, catedrático	sem data	15 páginas numeradas	datilografado e dobrado na forma de um livreto
	Estatutos da Universidade de São Paulo	Decreto -lei nº 52326	16/12/1969	42 páginas	volume encadernado
	Atas da Congregação da FMUSP	Diversos	dezembro de 1958 a abril de 1980	7 volumes	cópia reprográfica de documento original
	Curso de Graduação em Medicina	FMUSP; ICBUSP; IQUSP; IBUSP; EEFUSP	1976	27 páginas numeradas	cópia reprográfica de documento original que apresenta o Curso de Fusão
	Um cientista bom de briga: uma autobiografia	Isaias Raw	mai/12	198 páginas numeradas	mimeo
	Curso Experimental de Medicina	Marcello Marcondes Machado	outubro de 2012	43 páginas numeradas	mimeo

A Assistência Técnica- Acadêmica é órgão da FMUSP que assessora e auxilia a direção da Faculdade, o corpo docente e discente nas questões acadêmicas estatutárias para seu correto encaminhamento e desenvolvimento, que arquiva os programas de curso desenvolvidos¹². Nesta Assessoria localizamos encadernados em volumes individuais os programas do Curso Tradicional Médico e um único volume referente ao Curso Experimental Médico:

¹¹ Mais informações podem ser obtidas na página oficial do Museu Histórico <http://www2.fm.usp.br/museu/>

¹² Mais informações podem ser obtidas na página oficial da Assessoria Técnica-Acadêmica <http://www2.fm.usp.br/atac/mostrahp.php?origem=atac&xcod=Apresenta%E7%E3o>

Quadro V - Documentação utilizada constante do acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP

Acervo	Título	Autor	Data	Páginas	Características Adicionais
Assessoria Técnica Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	Programas e Horários - Curso de Medicina	Diversos	1950, 1956, 1958, 1967, 1968, 1970	6 volumes	volume encadernado com os programas correspondentes a cada disciplina dos 6 anos do curso (há falhas)
	Programas e Horários - Curso Experimental de Medicina	Diversos	1970	1 volume	volume encadernado com os programas correspondentes ao segundo ano do curso

As informações contidas nos programas consultados na Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP não são completas e muitas das vezes não há um ano inteiro registrado, como no caso do volume do Curso Experimental de Medicina que apenas consta o segundo ano.

Somaram-se a estes dois acervos, pontualmente, um Arquivo Privado e o acervo digital de dois jornais de circulação nacional, “O Estado de São Paulo” e “A Folha de São Paulo”.

O Arquivo Privado compõe-se de 4 documentos obtidos de entrevistados que compareceram ao momento da entrevista portando essa documentação localizada em seus arquivos. Os documentos foram cedidos para análise nesta pesquisa e mantém o critério de confidencialidade das entrevistas, assim, eles serão indicados apenas como pertencentes a Arquivo Privado. A originalidade destes pode ser comprovada através do tema dos documentos, que encontram correspondência em outros documentos válidos - significativamente nas Atas de Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - e no cruzamento das entrevistas. Além disso, a relevância do entrevistado no percurso do Curso Experimental de Medicina valida a utilização destes documentos escritos:

Quadro VI - Documentação utilizada constante de arquivo privado de entrevistados

	título	Autor	Data	Página	Características Adicionais
Arquivo Privado de Entrevistados	Análise comparativa das características e eficiência dos cursos tradicional e experimental de medicina da Universidade de São Paulo	Eduardo Marcondes	sem data (data provável - por ocasião do Maxi-Fórum)	10 páginas	Nota no rodapé: Documento básico preparado pelo prof. Eduardo Marcondes para o Grupo de Trabalho designado pelo Colegiado de Ensino da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para o estudo da avaliação dos Cursos Tradicional de Medicina e Curso Experimental de Medicina.
	Programação do Maxi-Fórum	Não registrado	10/11/1973	17 páginas não numeradas	Documento produzido para a efetivação das atividades do Maxi-Fórum realizado em 10 de novembro de 1973.
	Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum	Não registrado. Infere-se tratar de compilação dos textos das equipes constantes no documento "Programação do Maxi-Fórum"	10/11/1973	23 páginas numeradas	Documento produzido a partir das atividades do Maxi-Fórum realizado em 10 de novembro de 1973. Trata-se de compêndio das conclusões produzidas por cada GT.
	Maxi-Fórum: entrevista, horário, comentário	Centro Acadêmico Oswaldo Cruz	sem data	10 páginas não numeradas	Entrevista concedida por Eduardo Marcondes ao CAOC para divulgar entre os alunos a relevância da participação no Maxi-Fórum

Os dois jornais de grande circulação foram identificados como publicações jornalísticas de alta penetração no grupamento estudado a partir de sucessivas citações a estes jornais durante as entrevistas, e foi buscado a retratação do Curso Experimental de

Medicina para a população geral. Foi realizada uma busca no acervo digital destes jornais, disponível por assinatura, utilizando os termos ‘Faculdade de Medicina’, ‘Curso Experimental de Medicina’, ‘Curso Tradicional de Medicina’, ‘Curso de Medicina da Pinheiros’, e variações dentro destes grandes unitermos. O período considerado compreendeu os anos 1966 a 1981. Justifica-se esta escolha a existência de relatos de organização do grupo proponente do Curso Experimental de Medicina a partir do ano de 1966, e sendo 1980 o ano de formatura da última turma do Curso Experimental de Medicina, analisou-se o ano seguinte como margem de segurança.

Ao todo, foram localizados 7 artigos publicados no jornal “O Estado de São Paulo”, e 4 artigos no jornal “Folha de São Paulo” com relevância para a pesquisa, conforme mostra o quadro adiante:

Quadro VII - Documentação utilizada constante do acervo virtual de jornais de grande circulação

Periódico	Data de Circulação	Página	Título do Artigo
O Estado de São Paulo	21/05/1967	26	Reforma do Ensino Médico, por Irany Novah Moraes
	24/01/1968	12	Medicina vai abrir reforma
	04/02/1968	28	CESCEM apela aos candidatos
	11/09/1969	22	Na verdade, curso todo leva 8 anos
	05/10/1974	12	Medicina da Universidade de São Paulo unirá as áreas
	01/09/1974	39	Universidade de São Paulo terá hospital diferente / Realidade social é ênfase do novo ensino médico
	18/01/1977	22	Medicina mantém as reprovações apesar de liminar
Folha de São Paulo	22/01/1968	4	Mais 50 vagas para medicina
	25/01/1968	8	Vagas do Curso Médico serão preenchidas por voluntários
	08/04/1969	13	Governo já tem projeto pronto para o novo HC
	20/09/1975	13	Medicina: estudantes preocupados
	05/10/1980	28	Curso Experimental forma última turma

2.2.2. Formulário On-line

Ao discutir a validade do método quantitativo e dos dados por ele obtidos, Peter Burke (2012) sinaliza que o uso de dados quantitativos como aliados a uma pesquisa qualitativa pode levar à redução de análises vagas e imprecisas, permitindo que se aprofunde em determinados aspectos comparativos com mais propriedade. Porém, assinala ainda, não se trata de comparar números isolados para provar algo como verdadeiro e real na contraposição de uma narrativa não sustentada em estatísticas, mas sim de utilizar estes números em um contexto sócio-histórico-cultural que permitam um

quadro mais amplo e completo do fato a ser considerado. Vale notar a ressalva que o autor faz aos dados quantitativos ao sinalizar que eles, contrariamente ao que se propaga, podem não ser tão precisos quanto se supõe. Toda coleta e registro de dados estatísticos, matemáticos, tem uma intencionalidade subsumida aos objetivos da pesquisa e do pesquisador, dando a estes números a relatividade da especificidade de sua coleta, por isso estes dados não podem ser analisados de forma isolada, mas sim, inseridos no contexto de sua produção e sobre eles deve incidir a compreensão de que eles não são gerados alheios à realidade, e que o contexto sócio-histórico-cultural donde emergiram é parte da sua compreensão e significação. Redução de possíveis imprecisões e possibilidade de comparação contextualizada foram os pontos de apoio para a confecção de um formulário de ampla coleta (APÊNDICE A) que pudesse compor os dados que emergem nas entrevistas.

Partindo das entrevistas, alguns aspectos foram notados como primordiais para este objeto de pesquisa: a seleção dos alunos da primeira turma; as escolhas em primeira opção nos anos subsequentes; a participação político-estudantil; e as áreas de atuação e especialidade. Estes aspectos mostram-se como primordiais na medida em que são citados sucessivamente como parte do cotidiano do Curso Experimental e da FMUSP, assim como estão na origem da proposição de um novo curso na Faculdade de Medicina e de forma recorrente são sinalizados como pontos conflituosos na existência do CEM. É sobre estes aspectos que propusemos a confecção de um formulário de coleta de dados quantitativos, escolhendo-se a comunicação via rede de computadores, on-line, para atingir o público selecionado.

A opção pelo formulário on-line fez-se pela possibilidade de incluir participantes que não estivessem sediados na cidade de São Paulo, local onde a pesquisa se desenvolveu, ampliando assim a percepção dos participantes para além da visão cosmopolita que a cidade de São Paulo poderia imprimir como viés aos dados. Consideramos também que, com a atual disseminação dos meios eletrônicos de comunicação e a quase obrigatoriedade dos profissionais estarem em conexão on-line, essa modalidade de formulário seria de mais fácil adesão visto que a ação necessária incluiria responder às questões e submeter, demandando um tempo pequeno e variável de acordo com a habilidade individual de manipular os meios informacionais, evitando

a necessidade de destinar tempo para receber a pesquisadora, ou mesmo desvios de rotina para envio de um formulário impresso.

Há diversas opções de se confeccionar um formulário para coleta de dados on-line, sendo disponibilizados na rede alguns aplicativos que facilitam essa confecção e coleta dos dados¹³. Fez-se a opção pelo serviço gratuito do Google Docs, serviço de fácil utilização para a criação do formulário, pois:

- traz modelos que podem ser adequados às necessidades de cada pesquisador;
- os dados coletados são disponibilizados ao pesquisador sem vinculação ao participante na forma de dados agrupados em uma planilha - que pode ser reelaborada e reinterpretada de diversas maneiras pois gerada em um editor de planilhas - e na forma de dados agrupados por questões, oferecendo ao pesquisador gráficos e tabelas de resultados de cada questão respondida;
- não oferece limite para o número de participantes e respostas obtidas;
- pode ser facilmente visualizado em qualquer sistema operacional, contando com a interface do Google, de ampla inserção e utilização pelo usuário comum de redes informatizadas¹⁴.

Com o formulário assentado em plataforma conhecida e de amplo acesso, o universo dos participantes foi definido como os antigos alunos do Curso Experimental e do Curso Tradicional no período de coexistência destes dois cursos. De acordo com a estimativa de ingresso, 1375 alunos ingressam entre os anos de 1968 e 1975, sendo: 100 ingressantes por ano no Tradicional, totalizando 800; e 75 ingressantes no Experimental, sendo que no primeiro ano ingressaram 50, totalizando 575. Ao estabelecer uma relação de proporcionalidade simples, na somatória do período, a proporção de alunos Tradicional/Experimental seria de 58% de matriculados no CTM e 42% matriculados no CEM. Este seria nosso universo para o formulário.

¹³ Citamos, a maneira de exemplo, algumas ferramentas que permitem a confecção de formulários para obtenção de dados na modalidade on-line: Survey Monkey (<https://pt.surveymonkey.com/>); Pesquisas Online (<https://www.onlinepesquisa.com/>); Questionários.Com (<http://www.questionarios.com/site/>); Survio (<http://www.survio.com/br/>). Estas ferramentas e programas têm como característica o fornecimento de modelos que podem ser adaptados à necessidade específica de cada pesquisa, permitindo que um usuário comum monte um formulário para coleta e facilitando a adesão dos participantes. Cada programa tem suas especificidades, gratuidade, amplitude e modo de fornecimento dos dados coletados, que tem de ser analisada conforme a necessidade do pesquisador e pesquisa.

¹⁴ De acordo com pesquisa realizada ao final de 2013, mais de 90% dos usuários da internet utilizam as ferramentas do Google diariamente. (Cf. em <http://olhardigital.uol.com.br/noticia/google-lidera-buscas-no-brasil-mas-bing-e-mais-relevante-diz-estudo/38245>)

Entretanto, não foram disponibilizadas as listas de matrícula nem as listas de colação de grau, a bem dizer, oficiais da Faculdade, para que pudéssemos empreender os contatos com a totalidade dos antigos alunos. Recorremos, então, à Associação dos Antigos Alunos da FMUSP que publicou em 2012 uma edição comemorativa aos 100 anos de existência da FMUSP. Esta publicação intitulada “As 100 turmas da Faculdade de Medicina da USP”¹⁵ traz listados, nominalmente e sem separação por modalidade de curso, os antigos alunos das 100 turmas da Faculdade, relacionados em seu ano de conclusão, mas não exclui da lista os abandonos, os falecimentos, e outras situações. Não tendo as possíveis listas oficiais e tratando-se de órgão de representação discente reconhecido como legítimo tanto pela Instituição quanto por seus representados, é nesta publicação que buscamos nossos participantes. Partindo, assim, da totalidade das 16 turmas (8 CEM e 8 CTM) que ingressaram na FMUSP no período de 1968 a 1975, e concluíram o curso entre 1973 e 1980, o total de alunos registrados é de 1451, excedendo em 76 o número estimado que possam corresponder aos concluintes ingressantes em período anterior a 1968, a transferências e a colocações de alunos sobressalentes nas turmas, situações estas relatadas nas entrevistas e registradas em Atas de Congregação¹⁶.

A publicação “As 100 turmas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo” ainda complementa sua listagem dos alunos com o correspondente endereço eletrônico de contato, o que torna público o e-mail e possibilitou a obtenção. Na situação de impossibilidade de obtenção e corroboração dos dados por outra via mais ampla, para além de construir uma lista de contatos a partir dos entrevistados, a Associação dos Antigos Alunos cumpre a valiosa função de permitir que os antigos alunos pudessem ser identificados e contatados.

Apesar de registrados 1451 alunos no período, estão divulgados apenas 973 e-mails com o agravante da imprecisão dos endereços registrados ou a inatividade destes, o que faz com que alguns e-mails retornem ao emissor. Assim, o universo de participantes possíveis acabou se reduzido a 41,94% do total de antigos alunos

¹⁵ BACALLÁ, Luiz; SUZUKI, Itiro; DUARTE, Jurandir Godoy et al (org). As 100 turmas da Faculdade de Medicina da USP. 2012.

¹⁶ A modo de exemplo, em Ata da Congregação da FMUSP do dia 13 de março de 1970 podemos ler sobre um mandato de segurança impetrado contra a Fundação Carlos Chagas, administradora do vestibular integrado, que assegura o direito à matrícula de uma aluna considerada inapta no vestibular. Ela representará o aluno número 76 do Curso Experimental de Medicina. Na sessão da Congregação de 02 de fevereiro de 1972 é aprovada uma transferência de aluno da Faculdade de Medicina da Paraíba para o Curso Tradicional Médico.

registrados pela Associação de Antigos Alunos da FMUSP no período estudado, compondo um universo real de 608 antigos alunos, número do qual partimos como universo para este formulário.

Quadro VIII – Universo do Formulário On-Line

Total de Alunos CEM e CTM*	Total de e-mails		
	Obtidos*	Retornados ao emissor*	Possivelmente Recebidos*
1451	973	365	608
*Números absolutos			

O formulário on-line foi enviado aos participantes em 18 de outubro de 2014, ficando disponível para adesão até o dia 13 de dezembro de 2014, quando observamos que já se passavam diversas semanas sem novas adições de participação. Totalizando 4 semanas de participação, com concentração na primeira semana, e quatro semanas sem participação alguma, foram coletadas 103 respostas, ou 16,94% do universo de 608 participantes possíveis.

Retome-se que a intenção da utilização do formulário não era obter dados considerados estatisticamente significativos, pois este não é o foco desta pesquisa - que se pauta nas análises das falas e não dos números obtidos - mas de obter condições de estabelecer comparações mais embasadas e menos generalistas. Ainda que as quantidades aqui sejam sinalizadas para contextualização do formulário no universo de alunos e não determinação de análises, vale notar que a proporcionalidade de participantes CEM/CTM se aproximou muito a proporção de ingressantes CEM/CTM no período de 1968-1975, constituindo assim, com essas 103 respostas obtidas, um possível micro-universo proporcional de antigos alunos:

Retomando a ressalva de contextualização de Peter Burke (2012), esta relação de proporcionalidade tem obrigatoriamente de ser ponderada ao se analisar os relatos de participação dos alunos nas diversas atividades e espaços da FMUSP, visto que o impacto do Experimental, por contar com menor quantidade de alunos, poderia ser percebida como maior, já que as turmas CEM eram menores e um número reduzido de participantes significaria um volume maior da turma CEM presente. E outras análises também poderiam estar ocorrendo, o que também buscamos compreender com o formulário. Uma vez tratar-se de pesquisa baseada nas memórias e percepções dos entrevistados, o relato de maior ou menor participação dos alunos do Curso Experimental poderia estar mediada por esta percepção de proporcionalidade ou pela ausência desta proporção.

Chama ainda à atenção a adesão voluntária à pesquisa. O contato com os participantes foi exclusivamente mediado pelo envio da solicitação de participação, impessoal e advinda de um desconhecido, conseguindo mobilizar a resposta quase 1/6 dos solicitados em uma representação de proporcionalidade. Só podemos tributar esta adesão ao enorme interesse dos antigos alunos na pesquisa, interesse este encontrado, expresso e verbalizado continuamente pelos entrevistados.

O formulário on-line (APÊNDICE A) foi composto de uma breve explicação introdutória, onde foi apresentada a intenção da pesquisa, indicando local de realização desta, orientador e pesquisadora, de forma a permitir aos participantes compreender, ainda que muito rapidamente, os motivos que fizeram com que aquela

comunicação estivesse chegando a ele. O título da pesquisa que consta no formulário é o título provisório aprovado em exame de qualificação.

As 16 questões componentes eram de múltipla escolha e se basearam em informações obtidas ao longo das entrevistas e que precisavam de maior compreensão.

A primeira questão pedia ao participante para indicar o curso que realizou, se CEM ou CTM, para que tivéssemos condições de fazer os cruzamentos. Como o universo de destinação deste formulário é composto pelos egressos da FMUSP no período de coexistência dos cursos, apenas são dadas as duas opções, inclusive aos ingressantes de 1968 que não escolhem o ingresso mas concluem em um ou outro curso.

As questões dois e três pediam o ano de ingresso e conclusão. Esta questão se mostrou importante para que pudéssemos distinguir, entre os ingressantes, aqueles que o fizeram no ano de 1968, ano em que não houve possibilidade de escolha na inscrição do vestibular; o ano de conclusão visava identificar casos de estudantes que não concluíram o curso no tempo habitual dos 6 anos, o que poderia ser expressão da interferência do regime político propalada pelos entrevistados, assim como permitir que observássemos se o universo estabelecido para a pesquisa estava adequadamente delimitado, o que se mostrou real.

As questões quatro a seis procuravam identificar as escolhas dos ingressantes, pois há diversas dúvidas quanto às quantidades de opções pelo curso Experimental, inclusive na primeira turma que a escolha foi posterior ao ingresso. As opções sugeridas vêm das entrevistas, onde os antigos alunos sinalizaram quais eram suas escolhas de Escola Médica, permitindo-se identificar as escolhas habituais e também a forma pela qual eram conhecidas estas Escolas, o que foi reproduzido nas opções. Assim, a Faculdade de Ciências Médicas de Botucatu figura apenas como Botucatu, pois é a forma que é lembrada pelos entrevistados. Para a FMUSP foram dadas três opções: Curso Tradicional, Curso Experimental e Medicina, pois a turma de 1968 não poderia escolher o tipo do curso, apenas a faculdade.

A questão sete traz a classificação obtida no vestibular, uma vez que relatos díspares da forma de seleção da primeira turma indicariam os primeiros ou os últimos colocados. As questões oito a dez trazem a problemática das interferências da política governamental no curso médico e a participação dos estudantes em movimentos contrários ou favoráveis ao regime, buscando compor o quadro do alunado da

Faculdade de Medicina. As opções fornecidas para escolha nestas questões derivam da fala dos entrevistados, privilegiando-se o uso de ideias e, em alguns casos, da própria expressão proferida pelos entrevistados, de forma a permitir a identificação do participante com a opção fornecida. Além disso, um campo “outros” foi aberto para que os participantes pudessem falar livremente sobre suas experiências.

A questão 8 busca observar se a participação estudantil na vida acadêmica era intensa e se haveria correspondência com a militância política, buscada na questão 10. Na questão 9, parte-se do fato que, apesar de ser um período de exceção político com interferência na vida da FMUSP, não necessariamente os estudantes tem esta percepção de seu período de graduação, e, em caso de confirmação da percepção de interferência, quais os aspectos mais sentidos pelos estudantes, permitindo cotejar com as outras questões de participação para observar o reflexo destas na formação e atuação dos estudantes.

As questões onze a dezesseis buscam mapear um pouco a atuação dos graduados, tanto as especialidades seguidas quanto os locais que atuam. Tal questão deriva da necessidade de compreender se a expectativa de formação de médicos voltados para as questões preventivistas, sociais, do Experimental poderiam ser percebidas através da atuação dos seus graduados. As questões doze, treze e quatorze pedem a sinalização da especialidade do participante. As opções para as especialidades em ciências básicas teve como base a organização dos departamentos do Instituto de Ciências Biomédicas, local de formação nestes conteúdos dos alunos da FMUSP; as especialidades clínicas e cirúrgicas foram baseadas na Resolução¹⁷ do Conselho Federal de Medicina sobre as especialidades médicas. Nas questões onze, quinze e dezesseis que trazem os campos e locais de atuação, as opções foram baseadas nas indicações dos entrevistados. Para todas as questões a opção “outros” foi aberta, permitindo o acréscimo de informações e correções de erros por ausência de opção viável, dado que o campo de atuação e inserção do médico na sociedade é bastante amplo e diversificado.

A ferramenta utilizada para coleta dos dados, o formulário online do Google Docs, disponibiliza as respostas registradas na forma de uma grande planilha onde estão

¹⁷ RESOLUÇÃO CFM Nº 2.068/2013, de 13 de dezembro de 2013. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

relacionadas, na primeira coluna a data e o horário que as respostas foram recebidas, única forma de identificação dos participantes. Na primeira linha constam as perguntas e nas linhas correspondentes à data/horário registram-se as respostas dos participantes. Esta planilha pode ser exportada para um editor de planilhas e os dados podem ser manipulados para análise. Além dessa planilha, as respostas são agrupadas pela ferramenta e organizadas em gráficos temáticos de cada pergunta, relacionando a quantidade de respostas obtidas em cada pergunta. Esta opção não pode ser exportada, mas pode ser utilizada como uma síntese dos dados.

A primeira tendência ao se observar a quantidade de respostas obtidas é estabelecer comparações entre as questões. Assim, o primeiro contato com os dados deu-se em uma análise superficial observando quantos participantes responderam e quais os itens assinalados.

Neste mapeamento inicial, constata-se que dos 103 participantes 59 fizeram o Curso Tradicional e 44 fizeram o Curso Experimental; o Curso Tradicional é a maioria das primeiras escolhas, figurando o Experimental em segundo lugar e a Escola Paulista de Medicina em terceiro; a maioria dos estudantes participavam da vida acadêmica, porém é uma minoria que militava ainda que a grande maioria dos alunos relate sentir os efeitos da situação política em seu curso; a especialidade clínica é preponderante à cirúrgica, com fraquíssima adesão à especialidade das ciências básicas, sendo a maior taxa de especialistas em Psiquiatria e Pediatria.

Contudo, estes são dados descontextualizados, estéreis até. Importa menos saber que uma minoria militava e mais saber quem eram estes militantes, quais as escolhas que estes militantes fizeram em seu ingresso e em sua vida profissional. Por isso, uma segunda etapa de análise dos dados desconstruiu a relação direta de pergunta-resposta e reagrupou os dados conforme os grandes eixos de análise, partindo para a observação vertical. Assim, construíram-se novos gráficos correlacionando os dados.

Os ingressantes foram relacionados aos concluintes, permitindo saber quantos ingressaram em cada um dos 8 anos de análise e quantos concluíram o curso no tempo estimado, permitindo saber se as discrepâncias eram muitas e quando estas discrepâncias tinham maior concentração. As escolhas de primeiro, segundo e terceiro lugar no vestibular foram relacionadas em linha, possibilitando a observação imediata da preponderância das escolhas do Curso Tradicional, mas ao mesmo tempo um

crescente na escolha do Experimental em primeira opção. A classificação do vestibular foi relacionada com o curso realizado, permitindo observar que entre os 100 primeiros classificados, a maioria cursa o Tradicional, mas que há quantidade significativa dos primeiros classificados no Experimental.

Esta segunda etapa já permitiu observar melhor o movimento que os participantes fizeram. Mas a terceira manipulação dos dados aprofundou a visão, pois partiu de questionamentos direcionadores relacionando todos os dados em linha, mais pontualmente, gerando novos gráficos e tabelas para a análise. Partindo da necessidade de compreender a trajetória dos concluintes do CEM/CTM, os dados foram relacionados quase individualmente, buscando compreender:

- O aluno concluinte CEM tem participação político-acadêmica distinta do concluinte CTM?
- O aluno concluinte CEM tem inserção profissional distinta do concluinte CTM?
- Há diferença na trajetória profissional do ingressante em primeira e em segunda opção, seja no CEM, seja no CTM?
- É possível observar adesão ao projeto comunitário do CEM?
- As escolhas de primeira opção CEM refletem em uma participação política-acadêmica distinta?

Evidentemente estas perguntas são as perguntas originais, as geradoras do formulário, traçando-se, assim, um caminho circular, de conexão entre o que sobressalta nas entrevistas com o que se encontrou aqui.

O texto final traz as ilustrações, gráficos, tabelas que foram construídas a partir deste processo de aprofundamento da análise. Assim, não se acharão os dados coletados tal qual disponibilizados pela ferramenta Google Docs, mas sim os dados inseridos, contextualizados, reelaborados, revisados, sustentados e sustentando o objeto de análise.

3. ARTICULAÇÃO DAS FONTES

Dois complicadores se impõem na organização e articulação das fontes obtidas para esta pesquisa. O primeiro é o fato de que até o momento de conclusão desta pesquisa, não há estudos conhecidos¹⁸ acerca do Curso Experimental de Medicina para além de relatos de sua existência e publicações que o descrevem - que são aqui utilizados - o que impõe a esta pesquisa também dar a conhecer ao público este Curso através de uma sistematização mínima de suas ações. Outro é o período de exceção política que o Experimental enfrenta, que causa uma série de conturbações sociais pelas quais os participantes passam, marcando indelevelmente suas falas e a relação entrevistador-entrevistado.

Buscando superar estas duas questões que se impuseram com muita força e a diversidade e o volume de dados obtidos - em especial ao se olhar para as fontes orais que acabam por permitir análises e discussões infindas - se recorreu a uma sistematização inicial para que o afastamento se consolidasse através da sistematização de referenciais para análise curricular.

Este grupo de referenciais foi construído valendo-se das discussões que Goodson (2011, 2006), Leite (2002) e Kramer (1997) fazem sobre propostas curriculares em diversos tempos e locais. Estes estudos trazem os resultados mas também as formas com que os resultados foram obtidos, permitindo que se reconstrua elementos essenciais para a compreensão de um currículo sob análise, como é o caso do Curso Experimental de Medicina. Foram elencados como pontos de análise componentes destes referenciais:

- **Proposição:** quem e como foi produzida a proposta, o projeto do curso; quais foram os protagonismos e como estes protagonismos se vão construindo/desconstruindo ao longo do tempo;
- **Concepção Curricular:** quais as concepções de educação, de profissionalidade, de sociedade envolvidos e imbuídos na proposta; quais os papéis que cumprem

¹⁸ Em maio de 2014, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo criou um projeto de recuperação da história/memória do Curso Experimental de Medicina coordenado por André Mota, Izabel Cristina Rios, Joaquim Edson Vieira, Maria Aparecida Basile e Maria Claudia Zerbin. Até o momento de encerramento desta tese o projeto ainda não publicara nada porém seguia em franco processo de coleta de documentação memorialística junto aos antigos alunos e professores do Curso para a formação do Fundo Documental do Curso Experimental de Medicina. Mais informações podem ser obtidas junto ao Museu Histórico “Professor Carlos da Silva Lacaz” e na página de divulgação do projeto <http://www.fm.usp.br/site/noticias-detalle/FMUSP-cria-projeto-de-recuperacao-de-documentos--do-Curso-Experimental->

os professores, os alunos, a instituição; qual a expectativa de construção identitária para o profissional formado;

- **Administração:** em que aspecto o curso comunga com a estrutura administrativa vigente, em qual se distancia;
- **Organização Curricular:** como se estrutura a matriz curricular proposta e quais as correlações estabelecidas entre os diversos conteúdos;
- **Elementos estruturantes:** os aspectos formais do projeto e suas articulações: objetivos, metodologia e estratégias, avaliação do estudante, avaliação do programa, conteúdos, seleção dos estudantes, seleção dos docentes, condições de oferecimento, material didático, organização do trabalho didático;
- **Contextos de proposição, de execução e de extinção:** situações e aspectos intervenientes no percurso, tais como legislação, reformas educacionais, movimentos sociais, movimentos institucionais;
- **Espaços:** a dimensão física mas também a possibilidade educativa do espaço;
- **Lugar:** porção do espaço ocupada, sensibilizada, projetada;
- **Territórios:** ação humana sobre os lugares, limite entre homem e pretensão de ocupação do espaço e as articulações de poder que incidem sobre as relações.

Longe da pretensão de reconstrução de um possível documento curricular, já que um documento curricular original não foi localizado, os referenciais auxiliaram na sistematização dos dados, permitindo o mapeamento e uma capilaridade distinta ao Curso Experimental de Medicina, levando a compreensão do Curso no interregno complexo da multiplicidade das normativas explícitas mas também das normativas implícitas, das relações e discussões em torno destas normativas e das disputas espaço-territoriais concorrentes, dos poderes que se articulam para a promoção do artefato curricular. É esta compreensão que buscamos traduzir em texto nos capítulos que se seguem.

II. ESPAÇO-TEMPO DE CONSTRUÇÃO DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA

Os enredos e roteiros através dos quais relatamos nossas vidas estão relacionados com as condições e possibilidades vigentes em períodos específicos.

Ivor Goodson

As escolas médicas são particularmente preocupadas com a manutenção de uma tradição tributada ao próprio processo de formação de novos médicos e aos ritos de passagem rumo a autonomia profissional, valorizando e buscando consolidar estas tradições em seus cotidianos como formas de manutenção do poder institucionalizado e das relações (Feuerwerker, 2004, 2002). Porém, as tradições não se sustentam sem o devido suporte de suas comunidades: as escolas médicas têm o ônus da invenção de suas próprias tradições, mas também o ônus de mantê-las. Hobsbawm (2008, p. 9) propõe o conceito de “tradição inventada”, como um:

conjunto de práticas, normalmente reguladas por regras tácita ou abertamente aceitas; tais práticas, de natureza real ou simbólica, visam inculcar certos valores e normas de comportamento através da repetição, o que implica, automaticamente, uma continuidade em relação ao passado. Aliás, sempre que possível, tenta-se estabelecer continuidade com um passado histórico apropriado.

Um passado histórico apropriado é um ponto de partida para inventar uma tradição, mas as seleções do que se tornará uma tradição ou não deve ser criteriosa, pois é preciso que a comunidade assuma estas seleções como legítimas e passe a propagá-las e a encetar ações de defesa e reforço. Inventar uma tradição não depende apenas de quem seleciona o fato, depende de toda uma comunidade para defendê-la e perpetuá-la, incorporando-a aos padrões de comportamento e pensamento de tal monta que passem a ser naturais e então mais facilmente propagáveis.

A4.4: então a Casa de Arnaldo tem esse sentimento. Tem a TRADIÇÃO. A tradição aí sim é (+) o Teatro (+) o Show Medicina, coisas que se faz há muito tempo, naquela época tinha a MAC-MED (+) mas as coisas tradicionais que criam esse espírito, esse sentimento de pertinência (+) de ser necessário (+) sentimento de ser necessário até pra dar força (+) até pra segurança (+) pra poder fazer alguns atos (+) o próprio ato médico ele exige

uma certa (+) confiança no taco, no espírito, até na confraria de proteção, porque ele (+) ele não é exato, ele tem o risco de erro, aliás é uma coisa complicada /.../ e a Casa de Arnaldo, com aquele CLUBE que é (+) a Atlética (+) é um PRIVILÉGIO.

Assim, ao indicar que as escolas médicas são campos de tradições, é preciso reconhecer que as tradições farão parte do percurso formador como aculturadoras, como nos indica o antigo aluno A4.4. São constituintes da construção do profissional que se busca formar na escola médica, e estarão refletidas e refletirão nos currículos, eles mesmos considerados como tradições inventadas (Goodson, 2011). Além disso, há que reconhecer que existe junto a esta comunidade a disposição e disponibilidade de incorporar e defender estas tradições - talvez esta disposição e disponibilidade também sejam uma tradição das escolas médicas – ao que é possível supor que estas comunidades não abririam mão de suas zonas de conforto criadas nos interregnos das tradições com facilidade, por isso, é de se aventar que mudanças nos currículos médicos sejam potencialmente críticas de implementação.

A instalação do Curso Experimental de Medicina na Faculdade de Medicina em 1968 contava com uma escola médica já consolidada no panorama médico nacional e internacional, e propunha uma ruptura na tradição formadora desta Faculdade, criando um embate teórico, metodológico, mas também abalando a zona de conforto da tradição.

Partindo da concepção de currículo como artefato, este capítulo procura contextualizar, ainda que brevemente, o panorama que o Curso Experimental de Medicina encontra, e enfrenta, ao longo de sua curta existência na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Retomando as concepções de educação e assistência que vão consolidando e determinando ações e estruturas na formação médica, mapeamos o currículo construído na Faculdade de Medicina, recuperado em seu alinhamento sócio-histórico, buscando apresentar o panorama que o Curso Experimental de Medicina encontra ao ser apresentado em uma Faculdade que tem décadas de tradição na formação de médicos e se orgulha desta posição junto à sociedade - médica e geral – e que empreende ações para a consolidação e propagação do lugar que ocupa neste ethos médico-cultural. É também intenção evidenciar as adversidades que a Faculdade de Medicina enfrenta no período aqui estudado, sinalizando para o governo de exceção instalado pela Ditadura

Militar (1964-1985) e suas interferências e determinismos junto à sociedade brasileira, com especial foco à Universidade de São Paulo e à Faculdade de Medicina, e à modificação da legislação federal normativa dos cursos superiores com a promulgação da Lei 5540/68.

Acreditamos que é esse cenário cultural, social, político, econômico, educacional, científico, que o Curso Experimental de Medicina encontrará e onde terá de estabelecer suas articulações e fixações para se instalar e sustentar. É desse panorama que ele emerge e é também dele que resultam as ações contestatórias, pois o Curso não está alijado de seu espaço-tempo de tensões mas nasce dele.

(...) tenho argumentado que a invenção e a propagação do currículo (...) não devem ser entendidas como resultado de inteligentes operações mentais levadas a cabo por educadores e pedagogos preocupados em organizar, da melhor maneira possível, a educação escolarizada. Com isso, não quero desmerecer aqueles intelectuais, não quero diminuir sua importância, suas contribuições. O que quero é inserir tais contribuições num registro mais amplo, num registro que vai além de um idealismo contido nas perspectivas epistemológicas tradicionais. Quero inseri-las num registro que entende que as contribuições desses pedagogos e educadores como resultante de acontecimentos contingentes, ou seja, como resultado de práticas casuais, enraizadas no mundo da vida e que em muito extravasam o ambiente escolar (Veiga-Neto, 2002c, p. 16. Grifo do autor).

Assumindo o currículo como uma “*resultante de acontecimentos contingentes*”, o Curso Experimental de Medicina se nutrirá de uma perspectiva formadora na educação médica que diverge em parte da perspectiva corrente em seu período de execução, advindo de um grupo propositor de concepção e ação tal que permitia que considerasse outras opções formadoras para o médico, acreditando que o estado de coisas deveria ser reformado para melhor corresponder às novas e futuras expectativas do exercício profissional, de tal sorte que é classificado como progressista pelos que conviveram contemporaneamente com eles. É aí que se concentra a busca deste capítulo: neste espaço-tempo específico que vincula a ideia e os ideais na promoção e concepção de um novo curso entremeando fatos e pessoas.

Partimos dos elementos relatados pelos entrevistados como proporcionadores das condições para que o Curso pudesse ser viabilizado discutindo essencialmente três contingências que se entrelaçam: a crise dos excedentes, a necessária integração à Universidade de São Paulo e as reformas da educação médica. Estas três contingências são o caldo donde os protagonistas propositores do Curso se nutrirão e munirão com argumentos para viabilizar a aprovação deste junto à Faculdade

de Medicina. Resgatamos então o grupo de propositores primeiros do Experimental, trazendo um pouco de sua biografia junto à Faculdade de Medicina e sua trajetória influenciada por suas crenças e concepções educacionais e científicas indicando, brevemente, as consequências destas escolhas no período de exceção política brasileira, e o fruto do trabalho, apresentando a forma de organização didático-administrativa que estes protagonistas assumem para que o Curso Experimental de Medicina pudesse ser implementado e sustentado.

1. MODELOS NATURALIZADOS NA EDUCAÇÃO MÉDICA

Os modelos de assistência e prática médica são vinculados à compreensão que cada comunidade tem do processo de saúde-doença, e têm relação com os determinantes sociais, econômicos, políticos, ideológicos que se vão consolidando/desfazendo na construção histórica desta comunidade (Feuerwerker, 2002). Estes modelos de assistência e prática médica também são influentes nas instituições formadoras de profissionais, tendo assim, ao lado dos outros determinantes, papel importante nas seleções curriculares.

No panorama convencional da Educação Médica, três modelos comungam e se naturalizam para a formação dos profissionais: a concepção biomédica de pensamento e ação, aliada à lógica tradicional de pensar/fazer educação, refletidas em uma organização disciplinar dos currículos (Oliveira & Koifmann, 2004; Silva, I, 2004; Feuerwerker, 2002; Lampert, 2002; Almeida, 2001).

A concepção biomédica de atuação e inserção do médico na sociedade se constrói ao longo dos séculos desde o período do Renascimento, quando o modelo anatomo-clínico de compreensão e análise do processo de adoecimento se impõe transformando a medicina em uma ciência da doença, numa

teoria das relações entre o normal e o patológico, segundo a qual os fenômenos patológicos nos organismos vivos nada mais são do que variações quantitativas, para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes (...) a doença deixa de ser objeto de angústia para o homem são, e torna-se objeto de estudo para o teórico da saúde. É no Patológico, com letra maiúscula, que se decifra o ensinamento da saúde (Canguilhem, 2011, p. 12).

Sedimenta-se, então, uma racionalidade profissional baseada na doença, compreendendo-a como uma entidade autônoma, onde os aspectos morfológicos e fisiológicos cumprem a função da caracterização do processo mórbido, e levam ao diagnóstico a partir da identificação das lesões patológicas, permitindo uma intervenção e terapêutica hierarquizada que busca a causa última da doença (Luz, 1988).

Sob a influência do paradigma cartesiano, o corpo humano é entendido como uma máquina composta por diversas partes interconectadas que trabalhariam em harmonia induzindo a uma abstração onde o paciente é um depositário de sintomas que levam à identificação da doença que ele comporta. Estes sintomas estariam relacionados a alterações anatomofisiológicas e decorreriam diretamente de agentes reconhecíveis, sejam biológicos, sejam químicos, sejam físicos, ou ainda de degeneração sistêmica ou falhas de funcionamento (Koifman, 2001; Camargo Jr, 1997; Luz, 1988), aproximando ainda mais o corpo humano da dimensão de máquina renascentista.

Caracterizado pela “*explicação unicausal da doença, pelo biologicismo, fragmentação, mecanicismo, nosocentrismo, recuperação e reabilitação, tecnicismo, especialização*” (Cutolo, 2006, p. 16), a concepção biomédica vincula, estreitamente, o fazer médico à prática clínica de coleta de sintomas e busca de intervenções sobre esses sintomas, no sentido de eliminar o processo de falha do sistema corporal humano, carecendo do emprego de todas as tecnologias diagnósticas e de conhecimento aprimorado para a análise dos dados gerados, limitando a capacidade de compreensão do ser humano como um indivíduo, que possui matizes sociais, psicológicas, emocionais, e reduzindo-o a uma entidade biológica. Esta é a forma de pensar e agir médica que se naturaliza na modernidade, e embasa as propostas curriculares para os cursos de medicina, cursos estes que estruturam os conhecimentos necessários para sua formação em conteúdos delimitados pelo espaço disciplinar hierárquico desde finais do século XIX, quando dissemina-se a proposta de educação em massa, substituindo o ensino geral, que poderia passar por adequações às necessidades locais dos estudantes, por um ensino de especialidades fragmentado com predefinições globais sobre o quê ensinar (Goodson, 2008).

A forma de organização disciplinar do currículo, onde, delimita-se um território de ação e poder para cada disciplina, constituindo territórios de legitimação a partir da compreensão de conhecimento válido, selecionado pela comunidade disciplinar

(Silva, 2011; Goodson, 2011, 2001; Lopes, 2008, Silva 1995, Forquin, 1992) responde bastante adequadamente à concepção tradicional de educação, que parte da percepção de que a formação acontece na sala de aula a partir dos conhecimentos selecionados e validados pelo professor, e deve, obrigatoriamente, ter sido submetido aos métodos científicos de produção destes conhecimentos. Assim, a legitimidade do conhecimento que se propõe e impõe é imediatamente vinculada a uma pretensa superioridade docente, como o indivíduo da relação mais capaz de selecioná-lo à partir de sua posição de formado, de expert naquele conhecimento, e, portanto, a fonte daquele conhecimento, para além desse conhecimento ser submetido à validação científica. Todavia, esta validação científica também é território restrito aonde apenas os iniciados ascendem, pois apenas eles têm condições de apreender os processos. Duplamente, o professor é colocado como centro do processo definidor dos conhecimentos válidos, e terá de responder por esta posição, não permitindo que faltem as respostas ao aluno, e assumindo sua posição de superioridade diante do aprendiz que inicia seu percurso. Nesse âmbito, o conhecimento acaba descontextualizado de seu processo de produção, apartado da realidade produtora e se supervaloriza a memória, a capacidade de fixar estes conhecimentos *ipsis litteris* e reproduzi-los, incentivando a construção e propagação de pensamentos convergentes, onde se entende o conhecimento como uma composição linear de fatos e dados que geram uma resposta única e constante. Ao alterar-se esta composição, altera-se a resposta na exata proporção, reduzindo as possibilidades de testagens, erros e experiências para se chegar a respostas, por isso, quanto maior a quantidade de conhecimentos transmitidos pelo professor ao aluno, maiores as chances de bom desempenho desse aluno, uma vez que ele terá maior quantidade de composições lineares de fatos e dados para produzir as respostas (Cunha, 2005).

Outro aspecto fulcral da concepção tradicional de educação é a que esta formação deve ser gradual e crescente, em um continuum, saindo da teoria para a prática, esta última entendida como o pináculo da formação:

Exemplo claro disso é a forma linear como é organizado o conhecimento acadêmico: do geral para o particular, do teórico para o prático, do básico para o ciclo profissionalizante. A ideia que sustenta essa concepção afirma que primeiro o aprendiz precisa dominar a teoria para depois entender a prática e a realidade. Ela tem definido a prática como comprovação da teoria e não como sua fonte desafiadora, localizando-se, quase sempre, no final dos cursos, na forma de estágio (Cunha, 1998, p. 12).

Uma vez que o conhecimento só é acessível a partir da seleção que os iniciados no processo científico fazem dele, parte-se da certeza de que o aprendiz tem de ter uma base - que ele não traz pois não foi submetido ao processo de formação ainda - e que deve ser gradativamente construída para que possa ser sólida, partindo de conhecimentos mais simples aos quais se vai somando dados e fatos para que se alcance a possibilidade de compreensão do conhecimento finalizado. Por isso, os conteúdos básicos precederiam os pré-profissionalizantes, que seriam sucedidos pelos profissionalizantes e só então pela prática, pois é preciso ser um iniciado para executar o conhecimento. A prática é - como o nome julga dizer - um exercício do que já foi aprendido, é colocar em ação o que foi selecionado pelo professor como essencial para que o desempenho seja adequado. A prática não sustenta o desempenho, ela é etapa do desempenho, o que sustenta o desempenho é a teoria, apartada de seu processo de construção histórico e assim apartada da prática que o instigou.

A hierarquização do conhecimento e o apartamento entre a teoria e a prática se naturalizam e cristalizam na organização disciplinar do currículo, pois se assemelham. Os territórios disciplinares se constituem ao redor de conhecimentos circunscritos no patamar do expert, e agregam comunidades de defensores desses espaços-tempo onde as fronteiras não são ultrapassadas, e a legitimidade dos defensores é dada pelo critério de expertise reconhecida interna e externamente às comunidades disciplinares. Assim, uma comunidade disciplinar estabelece suas regras, suas tradições, seus territórios e procedimentos e não interfere nas regras, tradições, territórios e procedimentos da outra comunidade, não sem causar um atrito pois o que está em jogo é o poder de aculturação e agremiação de novos adeptos para a manutenção e crescimento desta comunidade disciplinar (Goodson, 2011). A lógica da relação hierárquica de aprendiz e mestre se plenifica no território das disciplinas:

A estruturação do ensino em disciplinas representa ao mesmo tempo uma fragmentação e uma internalização das lutas (...). Fragmentação porque os conflitos ocorrem através de uma série de disciplinas compartimentalizadas; internalização porque agora os conflitos ocorrem não só no interior da escola, mas também dentro dos limites das disciplinas (Goodson, 2008, p. 30-31).

A organização disciplinar dos currículos acaba por levar as discussões sobre a formação para dentro das fronteiras das disciplinas, eximindo-se da discussão ampla e compartilhada, para substituí-la pelas disputas setorializadas e enquadradas em territórios disciplinares estritos, fazendo com que o currículo disciplinar se mostre como uma

normativa regulatória das discussões sobre as funções do ensino, “*constituído para garantir a estabilidade e para mistificar e encobrir relações de poder que sustentam toda a elaboração do currículo*” (Goodson, 2008, p. 28).

Ao pensarmos especificamente em um currículo médico de organização disciplinar, é possível aventar, então, para uma duplicidade de fragmentação e internalização de lutas, uma, inerente à forma de organização do currículo por disciplinas; outra, advinda do modelo de racionalidade profissional biomédica que fragmenta o corpo em pequenas partes que compõem um todo gerando os territórios especializados de fazer médico. Esta duplicidade de fragmentação e internalização das lutas se naturaliza e passa a ser a forma de conceber um curso de formação médica, gerando discursos que defendem esta organização, se não como a única possível, como a mais acertada:

PPT: os cursos médicos desde (+) sei lá quando eu (+) desde o começo e sabiamente eles dispõem as cadeiras numa determinada posição ho-ri-zon-tal-men-te, quer dizer, ensinam a cadeira integralmente do começo ao fim, né. Ensina anatomia, é anatomia humana inteirinha até lá (+) ensina histologia, histologia humana ela vai até (+) e ela vai assim sucessivamente, fisiologia, tal, e vai numa estratificação muito bem bolada porque é de séculos isso, isso não é inventado (+) e que constrói dentro do aluno depois do curso médico a medicina como um todo.

A fala do antigo professor acaba reforçando esta dimensão da naturalização, ao indicar que o oferecimento de uma disciplina integralmente, do começo ao fim, em seu espaço delimitado e defendido - que aqui o entrevistado designa por cadeira em alusão aos espaços-tempo dos catedráticos – é uma forma adequada pois não foi inventada por alguém, mas foi testada e comprovada ao longo de séculos de aplicação, dando à organização disciplinar um caráter de cientificidade importante para sua permanência. Ao mesmo tempo, o professor reconhece a estratificação, a fragmentação que esse sistema impõe, porém, como é de muitos séculos é boa, o que nos leva à força que a tradição tem no curso, reduzindo questionamentos.

Esta permanência é expressa e expressada quando da construção do paradigma educacional-médico norte americano, que se baseia em um relatório de análise das condições de oferecimento e formação dos cursos médicos norte americanos e canadenses, desenvolvido por Abraham Flexner a pedido da Carnegie Foundation em

1910¹. Este produto “*considerado o grande responsável pela mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), com profundas implicações para a formação médica e a medicina mundial*” (Pagliosa & Da Ros, 2008, p. 493a) acaba por se constituir em um modelo educacional que comunga fortemente com a concepção biomédica ao propor a associação do ensino à pesquisa laboratorial e à prática hospitalar, a hierarquização dos saberes em conteúdos básicos e aplicados, e ao considerar o hospital-escola como o centro do processo educativo. Este modelo, também conversa com facilidade com a visão tradicional de educação e com a organização curricular por disciplinas, ao reforçar os espaços delimitados das disciplinas especializadas, separando e categorizando os campos de saber em básico e clínico, o primeiro precedente obrigatoriamente do segundo.

Uma concepção de ensino e de organização deste ensino que naturaliza a hierarquia; a legitimidade do conhecimento à partir do professor; a memorização e a preponderância da teoria sobre a prática, sendo a segunda a forma de exercer a primeira; estes três elementos se aliam a uma compreensão da profissão e da profissionalidade onde, o acréscimo linear e gradual de conhecimentos do processo de doença e adoecimento fragmentados em um corpo humano-máquina, encontra respaldo e ação no diagnóstico preciso que se sustenta de toda a tecnologia existente e em desenvolvimento e tem no mestre um depósito do conhecimento a ser atingido. Estas concepções se comungam em meandros intrincados e se naturalizam, cristalizando currículos médicos hospitalocêntricos, fragmentados e hierárquicos.

2. FORMAÇÃO MÉDICA NA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

No ano de 1913², começa a funcionar a primeira turma do curso médico da Faculdade de Medicina de São Paulo, aliando o ensino teórico à prática laboratorial e

¹ FLEXNER, Abraham. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement teaching, 1910.

² A Faculdade é criada em 1891 (Lei nº 19 de 24 de novembro de 1891 – Crêa uma Academia de Medicina, Cirurgia e Pharmaccia na capital do Estado), contudo, uma série de intercorrências políticas, sociais e econômicas levam-na a conseguir ser regulada para funcionamento apenas em 1912 (Lei nº 1357 de 19 de dezembro de 1912 - Estabelece o curso da Escola de Medicina e Cirurgia de São Paulo), iniciando as atividades com aulas no ano de 1913 (Decreto nº

clínica, lutando por espaços físicos e professores³ que pudessem responder a esta demanda da íntima interligação do ensino teórico à prática laboratorial-clínica, fundando um diferencial inaugural para a Faculdade de São Paulo (Marinho, 2003; Silva 2001; Nadai, 1987).

Com esse diferencial, a Faculdade estabelece um currículo disciplinar⁴, com disciplinas aninhadas sob a organização administrativa das cátedras, distribuídas ao longo de 6 anos de formação. O primeiro ano era destinado ao Curso Preliminar, onde seriam ministrados conteúdos de formação mais geral da ciência biológica, e os cinco anos seguintes seriam destinados aos conteúdos médicos, com a tendência da hierarquização do básico para o clínico. A distribuição das disciplinas privilegiava os primeiros anos para disciplinas laboratoriais de conteúdo básico, e os anos finais às disciplinas de clínicas hospitalares. Ainda que a divisão não seja rígida, há preponderância desta hierarquização dos conteúdos, o que nos indica uma concepção educacional que credita à necessidade de conteúdos basais a partir dos quais se poderá avançar para os conteúdos específicos, tal qual propõe o modelo flexneriano.

Este modelo de distribuição do conhecimento a partir de disciplinas circunscritas em seus espaços acompanha a história da Faculdade de Medicina, e se altera a partir da introdução e exclusão de conteúdos e disciplinas conforme o desenvolvimento científico e tecnológico da área médica se dá, reorganizando a matriz continuamente e ampliando a quantidade de conteúdos propostos. Contudo, a estrutura essencial de seis anos com disciplinas estabelecidas e determinadas hierarquicamente, com concentração das básicas nos anos iniciais e as clínicas nos anos finais se mantém, assim como, se mantém a prerrogativa da associação do ensino à pesquisa e à prática laboratorial e clínica⁵.

2344 de 31 de janeiro de 1913 – Aprova o regulamento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo). A discussão aprofundada dos motivos que levam a esse atraso podem ser acompanhados em “Ideologia do progresso e ensino superior” de Elza Nadai (1987, Edições Loyola).

³ O primeiro corpo docente da Faculdade de Medicina é designado por seu primeiro diretor, Arnaldo Vieira de Carvalho, que os seleciona entre os médicos mais influentes da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, da Sociedade Paulista de Medicina e de instituições estrangeiras. Nesta primeira fase vieram: Alfonso Bovero (Universidade de Turim); Emile Brumpt (Universidade de Paris); Lambert Meyer, Antonio Carini e Mario Donati (Universidade de Nancy).

⁴ Decreto nº 2344 de 31 de janeiro de 1913 – Aprova o regulamento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

⁵ Esta observação linear pode ser acompanhada na representação das matrizes curriculares de 1913 até a década de 1970 no ANEXO II.

Iniciando suas atividades sem um local próprio e específico, a Faculdade de Medicina se distribui em diversos espaços, ficando a parte administrativa e as disciplinas básicas e seus laboratórios de práticas instaladas em casas alugadas ou em salas cedidas pela Faculdade Politécnica e pela Escola de Comércio Álvares Penteado, e as disciplinas de clínicas específicas sediadas na Santa Casa de Misericórdia, situação de dispersão de professores e estudantes que dificulta a construção da sensação de pertencimento e o processo de aculturação que o espaço proporciona (Escolano, 2001) e que perdurará ao longo dos primeiros 20 anos, quando, a partir de 1933 todos seriam acomodados adequadamente na sede própria da Faculdade de Medicina construída com financiamento da Fundação Rockefeller. A “Casa de Arnaldo”⁶ agora tem seu espaço físico delimitado e concentrado. As práticas clínicas ainda esperarão mais uma década para deixar completamente a Santa Casa e habitar o Hospital das Clínicas (Mota & Marinho, 2011; Marinho, 2006; Silva, 2003; Nadai, 1987).

A construção da sede da Faculdade de Medicina é uma das ações derivadas da aproximação da Faculdade à Fundação Rockefeller, e apropriação do modelo de ensino norte-americano que esta proximidade induz, que inicia em 1916 com os acordos para a criação de um Instituto de Higiene e seguem com ações não apenas através de doações financeiras para aparelhamento da Faculdade, mas também com concessão de bolsas de estudos e aprimoramento para professores e estudantes nos Estados Unidos e cessão de professores norte americanos (Marinho, 2003). A Fundação Rockefeller tem papel amplo na constituição das escolhas curriculares da Faculdade, haja visto a partir do ano de 1924 serem implantadas uma série de reformas⁷ decorrentes destes acordos onde a Faculdade de Medicina se apropria e adapta a perspectiva norte americana de formação médica e estabelece um limite de matrículas anuais, o chamado *numerus clausus*⁸, e o regime de dedicação exclusiva implementado aos professores das

⁶ A alcunha “Casa de Arnaldo” é forma de designar a Faculdade de Medicina baseada no seu primeiro diretor, considerado o criador da Faculdade, Arnaldo Vieira de Carvalho. Dr. Arnaldo é o grande motor da configuração curricular de ensino atrelada à pesquisa através da escolha criteriosa de professores que pudessem responder a esta solicitação. É também o responsável pela aproximação da Faculdade à Fundação Rockefeller e o maior entusiasta pela construção de uma sede própria. Quando a sede é inaugurada em 1933, Arnaldo Vieira de Carvalho já havia morrido, mas a comunidade lhe rende a homenagem chamando o prédio e tudo o que a Faculdade de Medicina representa de “Casa de Arnaldo”.

⁷ O conjunto das modificações na Faculdade de Medicina é conhecido como Reforma Pedro Dias, e está representado na Lei nº 2016 de 26 de dezembro de 1924 (Modifica a lei e regulamento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo) e no Decreto nº 3874 de 11 de julho de 1925 (Reorganiza a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e dá outras providências).

⁸ Exigência da Fundação Rockefeller para que a qualidade do ensino seja alcançada e mantida, limitar a quantidade de vagas disponíveis a cada ano exclusivamente conforme a capacidade suportada pelos laboratórios de ensino,

disciplinas básicas com prática laboratorial reforçando a precedência do ensino prático, pois, garante a existência de espaço físico e a disponibilidade de professores para atender o estudante nos laboratórios de prática (Tavano, 2011). Outra exigência do modelo norte-americano era a construção de um hospital de ensino vinculado administrativa e pedagogicamente à Faculdade, com proximidade física e conceitual. O Hospital das Clínicas é imposto como contrapartida ao Governo do Estado pela Rockefeller, que liberaria a verba para construção da sede se o Governo se comprometesse com a construção do Hospital tal qual seu modelo, o que aconteceu em 1944 (Marinho, 1944). Outra modificação importante é o aprofundamento da concepção biomédica, onde a separação dos conteúdos básicos e clínicos se mostram mais incidentes, com a eliminação do Curso Preliminar e incorporação dos conteúdos a ele atrelados à matriz curricular regular, criando dois momentos mais delimitados⁹.

A década de 1930 traz a imposição de nova reforma no ensino, mediada pela série de reorganizações da assistência médica e do ensino superior do Governo Vargas¹⁰, somando-se à incorporação à Universidade de São Paulo¹¹. Através de sucessivas mudanças regulamentares¹², a Faculdade de Medicina inicia seu percurso rumo à nova tendência de criação de especialidades médicas que emerge no cenário da discussão médica, o

(...) currículo das faculdades de medicina passou, pois, a incorporar disciplinas correspondentes às especialidades médicas respectivas, marcando o início do processo de especialização nas instituições de ensino médico e direcionando as práticas médicas, públicas e privadas, para especialização bem definidas (Bulcão, El-Kareh, Sayd, 2007, p. 477).

exigindo que a Faculdade analise suas instalações e determine o número de alunos que poderiam ingressar tendo em consideração que estes alunos precisariam de uma estrutura física e humana específica para cada disciplina que cursariam.

⁹ Cf. no ANEXO II a representação das matrizes curriculares para os anos de 1913 e 1926.

¹⁰ O conjunto de reformas do ensino superior encetada pelo governo de Getúlio Vargas é conhecido como Reforma Francisco Campo, e está contemplada nos decreto n. 19.851, de 11 de abril de 1931; decreto n. 20179 de 06 de julho de 1931; decreto n. 5351 de 16 de janeiro de 1932.

¹¹ A criação da Universidade de São Paulo se dá através do Decreto nº 6283, de 25 de janeiro de 1934, através da incorporação de instituições já existentes à estrutura administrativa única da Universidade. Foram incorporados: Faculdade de Direito; Faculdade de Medicina; Faculdade de Farmácia e Odontologia; Escola Politécnica; Instituto de Educação; Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras; Instituto de Ciências Econômicas e Comerciais; Escola de Medicina Veterinária; Escola Superior de Agricultura; Escola de Belas Artes; o Instituto Biológico; o Instituto de Higiene; o Instituto Butantã; o Instituto Agronômico de Campinas; o Instituto Astronômico e Geográfico; o Museu de Arqueologia, História e Etnografia, que é o Museu Paulista; o Serviço Florestal.

¹² Decreto nº 5351 de 16 de janeiro de 1932 (reorganiza o ensino da Faculdade de Medicina de São Paulo); Decreto 7065 de 06 de abril de 1935 (Aprova o Regulamento da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

Respondendo a uma demanda crescente do mercado de trabalho, que se modifica através da substituição paulatina do atendimento médico liberal pelo atendimento hospitalar mediado pela tecnologia de diagnóstico e tratamento que ele pode comportar, os currículos médicos se adaptam, pois a nova realidade é pela busca de um profissional especializado com recurso ao diagnóstico e tratamento mediado pelas tecnologias médicas, e não mais por um profissional que tenha experiência clínica e proximidade social ao sujeito em tratamento. Para sobreviver, era preciso se especializar e buscar novas frentes de trabalho que incluíssem a perspectiva da exigência do público pelos avanços diagnósticos e terapêuticos, acentuando o caráter tecnologicista, hospitalocêntrico, especialista e fragmentário do trabalho médico (Schraiber, 1993).

O rearranjo das disciplinas na matriz curricular da Faculdade de Medicina indica a tendência especializadora. As disciplinas do ciclo básico são reformadas e ficam mais voltadas à formação específica do médico, trazendo um atributo da aplicação em serviço, como é o caso da Química Geral e Mineralógica em 1926, mas em 1932 é Química Fisiológica; o mesmo com a Física que será designada Física Biológica Aplicada¹³. Nos anos de formação específica, as clínicas médica e cirúrgica se aprimoram, indicando que cada uma terá discutido a sua própria propedêutica, eliminando uma Propedêutica mais ampla que era discutida em 1926. Acrescenta-se a Clínica Urológica, e a Medicina Tropical ganha o atributo de Clínica de Doenças Tropicais, indicando mais fortemente a aspiração curativa e menos preventiva. Percebe-se que o processo de especialidade não se dá apenas na circunscrição dos campos específicos da medicina, aprimorando as clínicas médicas e as cirúrgicas, mas também na preparação dos estudantes para esta prática através do direcionamento de disciplinas que seriam básicas para o conteúdo médico fisiopatológico, permitindo a diferenciação do estudante já à entrada e dando-lhe subsídios mais precisos para que pudesse escolher, com brevidade, o caminho que seguiria¹⁴.

A introdução de novas disciplinas, a reorganização e rearranjo de outras abrem o caminho para a perspectiva especializadora da formação oferecida na Faculdade de Medicina, que encontram respaldo com a inauguração do Hospital das

¹³ Conferir no ANEXO II as matrizes que indicam essa alteração.

¹⁴ Cf. Decreto nº 5351 de 16 de janeiro de 1932 – reorganiza o ensino da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Clínicas em 1944, através de um campo de ação próprio, exclusivo, idealizado e projetado para recebê-la.

O HC foi concebido para abrigar serviços de diferentes especialidades médicas que se consolidavam naquele momento. Justamente por isso, deveria contar com a mais alta tecnologia disponível, intensificando as transformações corporativas ligadas à formação do médico especialista, conferindo ao pensamento clínico um lugar cada vez mais amplo frente às questões médicas e de saúde pública (Mota & Tarelou, 2013, p. 61).

Potencializa-se a perspectiva hospitalocêntrica do modelo norte-americano seguido pela Faculdade, baseado na concepção biomédica de ensino. O Hospital das Clínicas não apenas reforça a importância da especialidade, mas é também campo de atrelamento do ensino à pesquisa clínica-hospitalar imediato, já que sob a administração da Faculdade, é também local de recebimento de uma diversidade de situações patológicas distintas e em grande número:

A1.3: E o internato do HC tem uma coisa (+) aquilo lá a gente aprende medicina, a gente fala, por osmose. Simplesmente por estar perto, não tem como não aprender. Você tem centenas de casos, uma variedade de patologias /.../ não tem como não aprender.

A preponderância do hospital como campo de formação e inovação teórica, metodológica, prática, técnica e tecnológica se otimiza no espaço do Hospital das Clínicas, que rapidamente torna-se um centro de atendimento, diagnóstico e tratamento de doenças, compondo, com a Faculdade de Medicina, o ambiente para o desenvolvimento e reforço da racionalidade médica, sedimentando o modelo biomédico de ensino e atendimento do setor médico. Um modelo que fragmenta o ensino e o atendimento, derrubando a dimensão global de ser humano, suplantando-a por porções órgão-sistêmicas de seres humanos; que visa à doença e sua sintomatologia manifesta em alterações anatomopatológica, como método de localizar a causa última da doença e curá-la, ou ao menos tratá-la; que enxerga no desenvolvimento técnico e tecnológico dos suportes diagnósticos, das análises laboratoriais, dos exames de imagem, a maneira de concretizar alterações biofísicas, bioquímicas que merecem ser interrompidas, pois seriam as causadoras das doenças.

Contudo, na década de 1950, este modelo começa a ser questionado nas bases de sua sustentação: a fragmentação do ensino e atendimento e a transformação de indivíduos em portadores de doenças a serem eliminadas. O período pós 2º Grande Guerra traz para a América Latina um novo panorama e desloca o eixo de influência da

Europa, destruída, para os Estados Unidos, industrializado. O processo de urbanização e industrialização dos países latino americanos se acentua, expande-se o sistema educacional, de assistência médica e previdência social, aumentando a rede hospitalar e criando-se uma diversidade de associações médicas para discussão da situação da profissão e profissionalidade (Almeida, 2001).

Ao longo dos anos 1950 e 1960 as associações médicas começam a se organizar para discutir o ensino médico, e em 1955 um congresso na cidade de Cali propõe alterações no ensino médico, lançando bases para uma medicina integral, que incluiriam:

organização das escolas em departamentos, a criação do departamento de medicina preventiva, a coordenação horizontal e vertical do ensino nas diversas disciplinas, o aumento do número de professores com tempo integral, o estabelecimento de internato hospitalar de um ano de duração e a adoção de sistemas de seleção de candidatos a vagas nas escolas (Almeida, 2001, p. 44)

A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo participará de todos esses movimentos e incorporará algumas das sugestões. A Faculdade já contava com professores das áreas básicas em tempo integral desde a década de 1920, e dividia sua organização administrativa em departamentos e cátedras desde a década de 1930, e em 1964 incorporará o departamento de Higiene e Medicina Preventiva à sua estrutura administrativa¹⁵, entretanto os conteúdos de Medicina e Prevenção estão presentes na grade curricular a partir de 1956¹⁶. O internato de um ano será incorporando em 1958¹⁷ ficando o sexto ano do curso dedicado exclusivamente ao estágio hospitalar, tendência que será mantida até o final da década de 1960 quando é ampliado englobando o quinto ano também¹⁸.

A associação de uma perspectiva de incorporação das mudanças e exigências do campo de atuação médico; uma origem atrelada à associação do ensino com a pesquisa; a íntima relação com o hospital de ensino; a captação de verbas externas para a formação do corpo docente e das instalações; são alguns dos elementos que fazem com que a Faculdade de Medicina se destaque no cenário nacional e internacional. A partir de uma organização curricular disciplinar, o curso de medicina da

¹⁵ Ata da Congregação da FMUSP de 28 de fevereiro de 1964, p. 393-394.

¹⁶ Programa do Curso de Medicina da FMUSP de 1956. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

¹⁷ Programa do Curso de Medicina da FMUSP de 1958. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

¹⁸ Programa do Curso de Medicina da FMUSP de 1968. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

Faculdade de Medicina vai se aproximando e apropriando mais e mais de um modelo segmentado, onde a concepção formadora é de um profissional voltado ao atendimento hospitalar curativo, centrado no diagnóstico e cura de doenças, mediado por todo o aparelhamento tecnológico de suporte de um hospital de grande porte - primeiro representado pela Santa Casa de Misericórdia, depois pelo Hospital das Clínicas. Este profissional “curativo” é também direcionado, desde cedo, para a compreensão da doença. As disciplinas de formação mais gerais, se vão substituindo por disciplinas voltadas à área biomédica, fazendo com que o estudante ao entrar já seja conduzido para a forma de pensar e agir específica da área, voltando todos os seus esforços produtivos para a consolidação do modelo de formação que prioriza a cura por segmentos.

A Faculdade de Medicina vai construindo um lugar junto à comunidade médica de vanguarda e pioneirismo. No ano de 1951 o reconhecimento internacional da qualidade do seu curso é feito pelo American Medical Colleges, que indica a FMUSP como uma das 50 instituições mundiais com ensino médico compatível, em qualidade, às melhores instituições norte-americanas¹⁹, o que representaria a eficácia e eficiência na formação dos futuros médicos brasileiros de acordo com o padrão norte-americano, padrão este base das ações da Faculdade. Ao lado deste reconhecimento, a Faculdade coleciona primeiros lugares em inovação e avanços no campo da cirurgia, como os transplantes de órgãos²⁰, a ‘fronteira final’ da concepção do corpo humano máquina, que agora pode contar com a substituição de peças defeituosas; fornece quadros para a administração pública, através de Secretários e Ministros de Estado²¹, posicionando-se em cargos de decisão que podem propor modificações contundentes; e tem representatividade expressiva junto à reitoria da Universidade de São Paulo, contando

¹⁹ AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION - Fax-símile do comunicado do secretário da Associação. 1p. 13 de março de 1951 – Acervo do Museu Histórico “Carlos da Silva Lacaz”.

²⁰ A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo é palco, no ano de 1965, do primeiro transplante renal da América Latina. Em 1968, dois transplantes passam para a história: o primeiro transplante de fígado do continente sulamericano, e o primeiro transplante cardíaco da América Latina e o segundo do mundo (MOTA, 2012).

²¹ Foge ao escopo desta pesquisa um levantamento mais amíu de todos os professores da Faculdade de Medicina que ocuparam cargos junto a órgãos e instituições públicas e políticas, a intenção é apenas dimensionar a capilaridade da Faculdade de Medicina no abastecimento de quadros para a administração pública, portanto, apenas em uma breve verificação junto aos 14 professores que foram diretores da Faculdade de Medicina até a atualidade, encontram-se seis que ocuparam cargos na administração pública: Ernesto de Souza Campos (Ministro da Educação e Saúde); Cantídio de Moura Campos (Secretário de Educação de São Paulo); Carlos da Silva Lacaz (Secretário de Higiene e Saúde de São Paulo); Silvano Mário Atílio Raia (Secretário de Saúde de São Paulo); Adib Domingos Jatene (Secretário de Saúde do Estado de São Paulo; Ministro da Saúde por duas vezes); Giovanni Guido Cerri (Secretário de Saúde do Estado de São Paulo). Cf. Mota, Ayres & Rizzo, 2013.

com cinco dos quinze reitores eleitos até a década de 1960²², podendo, assim, influenciar os rumos da Universidade de São Paulo. Vale notar ainda a capilaridade que a Faculdade de Medicina tem junto à outras instituições de formação médica, fornecendo professores para a construção/organização destas²³ ou compondo o quadro diretivo de universidades em criação²⁴, reconhecendo, assim, a circulação das ideias e ideais que a ocupação de posições de relevo em outras instituições promove.

Uma formação que acompanha as expectativas de inserção de seus profissionais no mercado de trabalho, e que atrela desde a origem a iniciativa da pesquisa laboratorial ao ensino, permitindo que o conhecimento se mantenha em constante renovação e discussão. Isto acaba por se refletir em habilidades de acompanhar uma vanguarda médica mundial, e por produzir discursos de defesa e reconhecimento deste lugar privilegiado:

A3.2: uma parte importante dos estudantes que entram na Faculdade de Medicina já são de famílias que tem inserção antiga na própria Faculdade. Então muitos deles são uma espécie de continuadores das carreiras dos pais, ou das famílias.

A4.2: Eu acho que a sedução do prédio da Faculdade de Medicina e do HC (+) ERA FORTE e (+) eu acho que os alunos se (+) acabaram sendo seduzidos pela (+) pela tradição, pela imponência de tudo isso.

AC: todo mundo que entrou na Faculdade de Medicina da USP em 67, 68 (+) QUER MUITO ser médico, subir na vida, progredir, virar famoso! Aquilo ERA UMA COISA! /.../ entrar na Faculdade de Medicina, tua vida TÁ RESOLVIDA! A visão que se tinha era essa. Agora tá resolvido, eu vou ser doutor da USP!

PMP.1: a mulher desesperada em crise quase histérica no telefone comigo “meu filho entrou aí para fazer NEUROCIRURGIA e vocês põe ele na favela pra atender pobre” eu acho que tem muito isso (+) “olha o meu filho aqui!” é o primeiro ano de medicina “vai fazer pediatria” se você tá no quinto ano e disser “ainda não sei o que eu vou fazer”, a família fica meio decepcionada (+) minha vó mesmo (+) quando eu resolvi ir pra Ribeirão Preto, não sabia o que era medicina preventiva, dizia era saúde pública “mas um aluno tão bom, resolveu ser médico de centro de saúde!”

²² Professores da Faculdade de Medicina que foram eleitos reitores da Universidade de São Paulo até a década de 1960: Domingos Rubião Alves Meira (1939 – 1941); Antônio de Almeida Prado (1946 – 1947); Luciano Gualberto (1950 – 1951); Alípio Correia Neto (1955 – 1957); Antônio Barros de Ulhôa Cintra (1960 – 1963). Cf. no site oficial da Universidade de São Paulo em <http://www.usp.br/eleicao2009/?q=node/9>.

²³ Há uma diversidade de relatos de professores que participaram da construção/reforma de outros cursos de medicina no Brasil, como é o caso do professor Renato Locchi que aprimora a cátedra de anatomia humana na Faculdade de Medicina de Minas Gerais (Tavano, 2011) e do professor Isaias Raw que participa da construção do currículo diferenciado da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (Ata da Congregação da FMUSP de 13 de maio de 1966, p. 141v).

²⁴ Citamos apenas os professores Cantídio de Moura Campos e Flaminio Fávero que foram, respectivamente, reitores da Universidade de Campinas e da Universidade Mackenzie, além de diretores da Faculdade de Medicina. Cf. Mota, Ayres & Rizzo, 2013.

Este é o lugar ocupado pela Faculdade de Medicina, pelo curso de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Um lugar de privilégios, reconhecido pelos estudantes e professores, mas também pelos familiares e pela sociedade em geral. Um lugar de privilégios formadores, de alta qualidade especializada, sustentada por um complexo hospitalar referencial que permitia potencializar a expectativa de empregabilidade, não apenas certa mas de alta posição social. Estar na FMUSP era certeza de ascensão social, mas também era obrigação de manutenção deste status, da tradição de pujança intelectual e assistencial, correspondendo às expectativas dos predecessores que trilharam o caminho da solidez e reforço das posições ocupadas pela Faculdade, que, doravante, têm de ser defendidas pelos novos recrutas. O privilégio de ser aceito na “Casa de Arnaldo” é para poucos e tem de ser honrado.

2.1. DITADURA MILITAR E LEI 5540/68

Fazer parte da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo na década de 1960 é reconhecer e representar o privilégio que foi construído ao longo das já cinco décadas de existência da Faculdade. É incorporar uma situação social e profissional de destaque e defendê-la contra todos os ataques, o que pode causar diversos contragostos em um regime totalitário.

Quando em 31 de março de 1964, as forças militares depõem o presidente João Goulart e assumem o controle do país, deflagrarão uma série de ações que interferem na autonomia e status das universidades. Contudo, há, inicialmente, um apoio entre as faculdades brasileiras ao movimento, e a Faculdade de Medicina nesse momento também se manifesta favorável à então chamada revolução, cunhando uma Moção de Apoio em sua Congregação, onde define:

1. Total e irrestrito apoio a total obediência à ordem, à disciplina, à hierarquia e às liberdades democráticas dentro da Constituição vigente tanto dentro da Universidade, como no ambiente social.
2. o seu repúdio a todos os extremismos quer da direita quer da esquerda disfarçados ou abertamente declarados;
3. apoia por este ato os bravos civis e as gloriosas Forças Armadas que, por um movimento irreprimível da oposição pública fizeram retornar o País à ordem, à obediência, à lei, ao repúdio a ideologias estranhas e comunistas e trouxeram o Brasil, o caminho cristão da Paz Social, dos

direitos básicos do homem, do respeito às leis e da dignidade hierárquica de comandante e comandados, dirigentes e dirigidos em todos os setores e atividades do trabalho, quer intelectual, quer manual. A Faculdade de Medicina da USP solidariza-se com o atual Governo do seu País e do seu Estado com a alta direção da Universidade, com a direção das nossas Forças Armadas e todo o povo de São Paulo e do Brasil²⁵.

O professor Edmundo Vasconcellos é quem solicita à Congregação que se posicione, assim como outras unidades da Universidade de São Paulo já o fizeram, em relação aos fatos, sendo votada a Moção de apoio que tem aceitação quase unânime. Os representantes discentes²⁶ se negam a assinar, por considerarem assunto de demasiada importância para que corroborem sem a consulta às bases. Três professores também não assinam. Os professores Alberto Carvalho da Silva (catedrático interino de Fisiologia) e Isaias Raw (catedrático interino de Bioquímica) por discordarem com o item 3, o segundo declarando à Congregação não acreditar *"que já estamos num clima democrático normal, com garantias constitucionais. Esperamos que este movimento conduza a nação para esta meta"*²⁷; e o professor Reinaldo Chiaverini (representante dos docentes livres) que, assim como os alunos, julga o tema demasiado importante para concordar sem consultar seus representados.

Com o correr dos anos iniciais do governo então instalado, uma série de medidas se vão somando, reduzindo as liberdades civis e a autonomia universitária. No caso da Universidade de São Paulo, o governo militar teria contado com o apoio do então reitor Gama e Silva, que teria promovido um

mecanismo interno de “caça às bruxas”, reunindo, na própria Universidade, um grupo que buscava, na ligação direta com os órgãos de segurança, realizar um expurgo pautado sobre critérios pessoais de “pureza revolucionária” e feito sob medida para permitir aos setores conservadores o monopólio de poder na Universidade de São Paulo (ADUSP, 2004, p. 16-17).

No espectro de trabalho desta Comissão constituída em 1964 pelo reitor, as unidades da Universidade de São Paulo são colocadas sob suspeita e seus docentes, alunos e funcionários chamados a prestar esclarecimentos²⁸. Segundo a ADUSP (2004,

²⁵ Ata da Congregação da FMUSP de 03 de abril de 1964, p. 22v-23.

²⁶ São representantes discentes junto à Congregação da FMUSP à época: Eduardo Manzzano, Carlos R. Bastos Rampazzo e Clovis Takiguti, conforme registro em Ata da Congregação da FMUSP de 03 de abril de 1964, p. 22-24.

²⁷ Ata da Congregação da FMUSP de 03 de abril de 1964, p. 23v.

²⁸ A lista completa dos chamados pela Comissão inclui 52 nomes, sendo 44 professores: FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS – Mário Schenberg, professor; Fernando Henrique Cardoso, professor; Nuno Fidelino de Figueiredo, professor; José Cruz Costa, professor; Florestan Fernandes, professor; Fuad Daher Saad, estudante. FACULDADE DE DIREITO – Caio Prado Júnior, professor; João Miguel, estudante; Paulo Afonso Sampaio Amaral, estudante; Sérgio Rezende de Barros, estudante; Paulo Antonio da Silveira, estudante e jornalista; Flávio Flores da Cunha Bierrenbach, estudante; Oscarlito Marçal, estudante. FACULDADE DE ARQUITETURA E

p. 21) a Faculdade de Medicina é a mais atingida pelo primeiro processo de expurgo interno²⁹, no ano de 1964:

No conjunto, pode-se dizer que as acusações incidem justamente sobre professores que, na Faculdade de Medicina, defendiam a pesquisa básica e a preocupação com os problemas de Saúde Pública e se opunham àqueles que viam na cátedra apenas o aval de um consultório rendoso. Pode-se dizer também que a lista consegue reunir uma boa parte dos médicos e professores de maior prestígio intelectual no campo da medicina.

Entre docentes, funcionários e alunos, um total de 21 nomes da FMUSP são listados. Nenhuma das outras unidades citadas traz tal número de subversivos. Em uma análise da ADUSP sobre motivos que teriam levado a Faculdade de Medicina a ser mais atingida pelo processo repressivo, tanto no início do governo militar quanto em seu decorrer, seja com inquéritos, processos, demissões ou aposentadorias

É difícil acreditar que a Faculdade de Medicina abrigasse um número muito maior de “subversivos”, que as demais. Por isso, somos levados a acreditar que a explicação reside no fato de se tratar da escola onde se concentrava o núcleo que apoiou a eleição de Ulhôa Cintra, e inspirou a política de renovação universitária que marcou sua gestão. É justamente nessa Faculdade onde o processo de polarização política interna se manifestou com maior intensidade, opondo ferozmente renovadores e tradicionalistas (ADUSP, 2004, p. 23).

Ulhôa Cintra, cuja gestão à frente da Universidade de São Paulo é considerada inovadora e reformista, é apontado aqui como um direcionador de esforços da Comissão da Reitoria em esfacelar a Faculdade de Medicina para eliminar sua base

URBANISMO – João Batista Villanova Artigas, professor; Abelardo Riedy de Souza, professor; Sylvio Barros Sawaya, estudante. ESCOLA POLITÉCNICA – Paulo Guimarães da Fonseca, professor; Marco Antônio Mastrobuono, instrutor; José Serra, estudante. FACULDADE DE MEDICINA – Samuel Barnsley Pessoa, professor; Luiz Hildebrando Pereira da Silva, professor; Erney Felício de Camargo Plessman, instrutor; Isaias Raw, professor; Júlio Puddles, professor; Pedro Henrique Saldanha, professor; Michel Pinkus Rabinovitch, professor; Abran Becjan Fajer, professor; Thomas Maack, instrutor; Roland Veras Saldanha, instrutor; Reynaldo Chiaverini, professor; José Barros Magaldi, professor; Israel Nussenzveig, professor; Antonio Frederico Branco Lefèvre, professor; José Maria Tacques Bittencourt, instrutor; Francisco Humberto de Abreu Maffei, médico estagiário; Arnóbio Washington, funcionário; Feiga Langfeldt, enfermeira; Eunofre Marques, estudante; Bernardo Boris Vargafitg, médico estagiário; Eduardo Manzano, estudante. FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – Luiz Carlos Raya, instrutor; Clarismundo Souza Filho, instrutor. FACULDADE DE FARMÁCIA E ODONTOLOGIA DE BAURÚ – Edison Shinohara, estudante; Maria Fidela de Lima, estudante. FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS E ADMINISTRATIVAS – Mário Wagner Vieira da Cunha, professor; Paulo Israel Singer, professor; Lenina Pomeranz, professora; ESCOLA DE ENGENHARIA DE SÃO CARLOS – Guilherme Fontes Leal Ferreira, instrutor; Ivan Rotta, estudante; Adriano Trondi, estudante. ESCOLA SUPERIOR DE AGRICULTURA “LUIZ DE QUEIROZ” – Antonio Marconini, estudante; Todolfo Hoffman, estudante (ADUSP, 2004, p.17-18).

²⁹ Na Faculdade de Medicina, que é a mais atingida, são acusados diversos grupos de professores: o da Parasitologia, congregado em torno de Samuel Pessoa e que compreende, além dele, Luiz Hildebrando Pereira da Silva e Erney P. de Camargo; o de Bioquímica, formado por Isaias Raw e Júlio Puddles; os dois professores que haviam se desentendido com a cadeira da Histologia, Michel Rabinovitch e Thomas Maack; o chefe do setor de Genética Humana, Pedro Henrique Saldanha; um assistente de Fisiologia, Abram B. Fajer; e todo um conjunto de médicos dos setores clínicos a saber, Roland Veras Saldanha, Reynaldo Chiaverini, José Barros Magaldi, Israel Nussenzveig, Antonio Branco Lefèvre e José Maria Tacques Bittencourt, além de dois estagiários, Humberto Maffei e Bernardo Boris Vargafitg. Fora do quadro docente, as acusações incluem um funcionário, Arnóbio Washington, uma enfermeira, Feiga Langfeldt, e dois estudantes, Eunofre Marques e Eduardo Manzano (ADUSP, 2004, p. 21).

de apoio. Contudo, a Faculdade de Medicina de Ulhôa Cintra também é considerada a unidade na qual a polarização se dá de maneira mais contundente, “*opondo ferozmente renovadores e tradicionalistas*”, o que nos leva a acreditar que Ulhôa Cintra não era unanimidade, ainda que tivesse poder tal que fez com que os esforços da reitoria se voltassem contra ele, além de estabelecer um campo de conflito e oposição que poderia ser fomentado e utilizado conforme os interesses de ambas as partes.

Esta primeira fase de ações coercitivas e repressoras leva à investigação, prisão e demissão de alguns dos investigados antes mesmo de serem considerados culpados, mas não consegue afastar todos, pois vários são inocentados das acusações pelos próprios tribunais militares. No ano de 1968, o Ato Institucional nº 5³⁰ cumprirá a função de afastar todas as figuras incômodas:

Há dois pontos em comum entre todos esses nomes. Em primeiro lugar, o fato de nenhum deles poder ser considerado medíocre ou acomodado: todos desempenharam um papel importante de liderança intelectual na Universidade. Em segundo lugar, e em decorrência do anterior, eram todos figuras incômodas, que insistiam em caminhos renovadores e criticavam o tradicionalismo da Universidade de São Paulo (ADUSP, 2004, p. 59).

Retomando a polarização entre renovadores e tradicionalistas, a manutenção do status tradicional e conservador da Universidade de São Paulo fala mais alto diante da ameaça interna que os professores representavam ao expressarem suas ideias e intenções de mudanças. Nesse âmbito, a Faculdade de Medicina é novamente a mais atingida tendo aposentados Hélio Lourenço de Oliveira, então lotado em Ribeirão Preto e reitor interino; Luiz Hildebrando Pereira da Silva, então lotado em Ribeirão Preto quando retorna ao país após ter sido demitido por ocasião do primeiro processo de expurgo; Alberto Carvalho da Silva e Isaias Raw, catedráticos da FMUSP; e Reynaldo Chiaverini, então médico no Hospital das Clínicas. Os dois últimos citados e averiguados no primeiro expurgo, os três últimos os únicos professores contrários à Moção de Apoio ao Golpe em 1964.

Ao lado das cassações e inquéritos mediados por ações contra a liberdade civil, outro impacto sobre as instituições universitárias é a reformulação estrutural e filosófica da Lei 5540³¹ de 28 de novembro de 1968, que prevê uma reforma no ensino superior brasileiro. Buscando a renovação a Reforma do Ensino Superior de 1968 traz a

³⁰ BRASIL. Ato Institucional Nº 5, de 13 de dezembro de 1968.

³¹ BRASIL. Lei nº 5540 de 28 de novembro de 1968 (Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências).

reforma pedagógica e estrutural do currículo, com a implementação da estrutura departamental e consequente extinção das cátedras; a introdução da matrícula por disciplina; e a redistribuição das disciplinas curriculares em etapas de formação hierarquizadas, onde um grupo de disciplinas consideradas básicas e fundantes precederiam obrigatoriamente a outro grupo de disciplinas consideradas específicas e especializadas (Cunha, 2007c).

Art. 11 – As Universidades organizar-se-ão com as seguintes características:

- a) Unidade de patrimônio e administração;
- b) Estrutura orgânica com base em departamentos reunidos e não em unidades mais amplas;
- c) Unidade de funções de ensino e pesquisa, vedada a duplicação de meios idênticos ou equivalentes;
- d) Racionalidade de organização, com plena utilização dos recursos materiais e humanos;
- e) Universalidade de campo, pelo cultivo das áreas fundamentais dos conhecimentos humanos, estudados em si mesmos ou em razão de ulteriores aplicações e de uma ou mais áreas técnico-profissionais;
- f) Flexibilidade de métodos e critérios, com vistas às diferenças individuais dos alunos, às peculiaridades regionais e às possibilidades de combinação dos conhecimentos para novos cursos e programas de pesquisa.

Art. 12 – VETADO

§ 3º - o departamento será a menor fração da estrutura universitária para todos os efeitos da organização administrativa, didático-científica e de distribuição de pessoal, e compreenderá disciplinas afins.³²

As quatro primeiras alíneas do artigo 11 da Lei 5540 indicam que a modernização passava pela economia dos recursos humanos e estruturais. Alterando a estrutura orgânica básica para os departamentos, a lei acabava com a consolidada organização do ensino em unidades de cátedras, extinguindo-se as possíveis duplicidades de recursos (físicos e humanos) dentro de um mesmo aglomerado universitário.

Somando-se a esta reestruturação administrativa, a alínea e) deste mesmo artigo traz a reconfiguração da distribuição das disciplinas, agora oferecidas pelos departamentos universitários. Ao estabelecer o “*cultivo de áreas fundamentais do conhecimento humano*” que serão “*estudados em si mesmos ou em razão de ulteriores aplicações*” e de “*uma ou mais áreas técnico-profissionais*”, a Reforma de 1968 indicava para a separação das disciplinas em grupamentos conforme sua posição no percurso de formação, estabelecendo que houvesse ao menos dois grupos de disciplinas. O primeiro grupo composto por disciplinas fundamentais, básicas, essenciais, que

³² Artigo 11 da Lei 5540 de 28 de novembro de 1968 (Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências).

podem ter utilidades em si mesmas ou serem resgatadas depois; o segundo grupo de disciplinas de formação profissional estrita, voltadas para as práticas específicas de cada profissão. Ao propor a economia dos recursos humanos e materiais extinguindo a organização em cátedras e institucionalizando a organização departamental, e com a disposição hierárquica das disciplinas em ciclos, a Reforma ainda sinalizava que os profissionais do agora ciclo básico de cursos diversos fossem realocados nos institutos de ciências básicas, compondo um corpo docente misto e miscigenado que poderia oferecer seus préstimos na formação de profissionais diversos, independente de sua própria formação de origem, uma vez que lecionavam uma disciplina comum a todos os profissionais de determinada área de atuação.

Todavia a Reforma de 1968 não pode ser entendida apenas no instantâneo de 1968. Todo o período da República Populista³³ trouxe críticas ao sistema universitário brasileiro, taxando-o de ineficiente. Estudantes - inicialmente as vozes mais fortes e constantes - e professores questionavam o regime catedrático e clamavam por mudanças, sinalizando para a organização departamental como uma solução, tal qual as bem sucedidas iniciativas do Instituto Tecnológico da Aeronáutica (ITA) e da Universidade de Brasília (UnB), que “*seguindo mais de perto o paradigma norte-americano, concebiam o departamento como a reunião de disciplinas afins, de modo que o corpo docente estivesse integrado pela unidade de pensamento e ação, num plano de trabalho de ensino e pesquisa*” (Cunha, 2007b, p. 153), e não possuíam a figura do professor catedrático, mas sim do professor contratado.

Parte da responsabilização da ineficiência do ensino superior era, assim, atribuída à organização no modelo de cátedras das universidades e aos catedráticos, que com sua vitaliciedade na função, sua centralidade de poder no gerenciamento do espaço-tempo da cátedra, sua liberdade de resolução sobre os componentes da cátedra e sua prestação de atividades junto à instituição, tornavam as cátedras entidades isoladas no âmbito da universidade, reduzindo as possibilidades de cooperação e otimização dos recursos, fazendo com que o financiamento destinado à instituição fosse pulverizado em duplicações desnecessárias (Cunha, 2007b), como, por exemplo, em equipamentos e bibliotecas que poderiam ser compartilhados por diversos professores e pesquisadores e eram mantidos no âmbito exclusivo de uso de cada cátedra.

³³ Período compreendido entre os anos de 1945 e 1964 (CUNHA, 2011).

Romper com a estrutura organizacional em cátedras, substituindo-a por uma estrutura de organização departamental, reformava toda a dinâmica de ação e inserção dos professores nas instituições de ensino superior, bem como as relações que os estudantes estabeleceriam com sua formação e atuação futura e as bases administrativas institucionais, uma vez que as cátedras podem ser entendidas como espaços onde o conhecimento era administrado de forma isolada e mediada pelas forças seletivas do catedrático, que por atribuição legal poderia decidir de forma individual o andamento das aulas, das pesquisas, dos atendimentos aos alunos, da disponibilização de recursos materiais e humanos, e outros tantos. Já os departamentos são espaços de negociação das seleções, pois há um grupo de professores que poderiam se responsabilizar por determinados conteúdos, e sobre eles têm opiniões específicas e poderiam manifestar estas opiniões na composição das aulas, das pesquisas, do uso de recursos em relativa igualdade de manifestação. Além disso, as cátedras eram vinculadas a cursos, ou seja, tinham seu território curricular de disputa previamente delimitado pela própria contingência e abrangência do programa de formação. Os departamentos não são limitados a um curso e sim a uma área de atuação disciplinar dos professores que o compõem, dando ao departamento uma capilaridade em cursos afim e proporcionando que o território curricular entre em disputa.

Goodson (2001) nos alerta sobre a construção dos territórios embasado nas tradições que as comunidades disciplinares desenvolvem e defendem ao longo do processo de formação e consolidação de seu espaço-tempo, compondo uma cultura disciplinar específica e especificada, na qual os integrantes desta comunidade são versados e para que novos adeptos sejam aceitos, devem passar pelo processo de aculturação. Considerando esta ressalva, podemos inferir que quando as cátedras são reprogramadas e seus representantes são colocados em departamentos, as diversas culturas disciplinares de cada cátedra são colocadas em confronto, rompendo com a pretensa hegemonia cultural, e criando sítios para a disputa dos territórios na intenção de reestruturar culturalmente o espaço a partir da aceitação, eliminação, reordenação, revisão, das tradições disciplinares. A situação se multiplica dentro dos departamentos na medida das diversas disciplinas que este passa a oferecer aos variados cursos.

No âmbito das cátedras, Cada curso imprimia à disciplina suas próprias tradições, que poderiam ser semelhantes entre si o suficiente para serem reconhecidas e

abarcam adeptos, ou totalmente divergentes para gerar as disputas, chegando a ser consideradas pelas outras cátedras de faculdades congêneres como verdadeiras escolas de formação (Tavano, 2011). Porém, a disputa não se dá apenas entre os catedráticos originais, os assistentes das cátedras são colocados em um patamar de paridade com seus antigos superiores e podem então pleitear seu lugar e o aceite neste espaço que se desestruturou, levando à instalação da disputa territorial de forma horizontal (entre os antigos catedráticos), mas também vertical (entre os integrantes de uma mesma cátedra), estabelecendo outra dinâmica de forças e relações de poder e controle distintos, como sinaliza Bernstein (1974, p. 202) *“How a society selects, classifies, distributes, transmits and evaluates the educational knowledge it considers to be public, reflects both the distribution of power and the principles of social control”*.³⁴

Como decorrência da Reforma de 1968, a Faculdade de Medicina se viu obrigada a ceder suas cadeiras básicas para o Instituto de Ciências Biomédicas da USP, que não apenas era organização onde se aglomerariam todos os professores dos diversos cursos da Universidade, mas também geograficamente posicionado distante da sede da Faculdade, pois localizado na Cidade Universitária. Além disso, os catedráticos são destituídos de seu cargo e vitaliciedade e, ao lado de seus assistentes, são colocados nos departamentos. Ainda que a ação tenha sido gradual, pois o Instituto de Ciências Biomédicas foi criado por lei, mas não havia o espaço físico para abrigar todos de imediato, e muitos professores se tenham mantido em suas unidades de origem até que os espaços fossem disponibilizados³⁵, já em 1969 a nova organização estava regulada e em aplicação, e novas relações de poder são exigidas.

Orgulhosa de suas tradições, ciosa de sua importância para uma medicina nacional, a Faculdade de Medicina tinha plena consciência do quanto suas instalações soberanas contribuíram para assegurar a existência de ensino e pesquisa de padrão internacional. Reconhecia e reafirmava, reiteradamente, o quanto de sua identidade encontrava-se amalgamada pelas instalações daquela que havia sido cunhada como “Casa de Arnaldo”, uma referência devotada ao primeiro diretor, Arnaldo Vieira de Carvalho. Transferir a Faculdade de Medicina para a Cidade Universitária significava, na visão de seus pares, fragmentar, esvaziar, mutilar a instituição e decretar o fim de suas

³⁴ Como uma sociedade seleciona, classifica, distribui, transmite e avalia o conhecimento educacional que considera ser público, reflete, simultaneamente, a distribuição do poder e os princípios do controle social (tradução pessoal).

³⁵ O ICB recebeu os catedráticos e assistentes das Faculdades de: Medicina, Medicina Veterinária, Odontologia, Higiene e Saúde Pública, Farmácia e Bioquímica, Educação Física. Originalmente organizado com 5 departamentos (Anatomia; Histologia e Embriologia; Fisiologia e Farmacologia; Microbiologia e Imunologia; Parasitologia) cada departamento tem uma história distinta. Citamos o exemplo do Departamento de Parasitologia, que recebeu professores da Medicina, Odontologia, Medicina Veterinária e Farmácia, os três últimos quase de imediato acomodados no ICB, porém, a Medicina teve um grande êxodo de seus professores, assim, estes praticamente não o comporão (Marinho & Mota, 2012).

tradições (...). Apesar das manifestações contrárias, o ICB foi criado e em 1969 todas as disciplinas básicas da Faculdade de Medicina foram transferidas para o campus da Cidade Universitária, assim como boa parte da pesquisa de excelência praticada na escola (Marinho & Mota, 2012, p. 144).

O combate às mudanças da Reforma se inicia antes mesmo da promulgação oficial da Lei 5540. Ao longo do ano de 1968 em diversas oportunidades³⁶ a integração da Faculdade de Medicina à Cidade Universitária é recuperada como passo essencial para que a existência da Faculdade esteja assegurada, assim como a criação de departamentos de ciências básicas que atenderiam a todos os cursos afins. Com a promulgação da Lei em 28 de novembro de 1968, as discussões ganham novo corpo na Congregação da FMUSP, iniciando um período de tentativas de reverter as mudanças exigidas.

As primeiras manifestações são feitas poucos dias depois da promulgação e incluem declarada defesa do território da Faculdade de Medicina ao solicitarem que a Congregação se

manifeste total e enfaticamente contra a mudança do nome da Faculdade de Medicina da USP e à sua transformação em instituto, a fim de serem preservados o nome e o patrimônio da "Casa de Arnaldo", motivo de orgulho para São Paulo e para o Brasil. Nossa Faculdade até hoje, tem sido um excelso padrão de desenvolvimento da ciência e do ensino médico, que ficariam seriamente comprometidos. Consequências desastrosas resultariam no desmantelamento médico-científico após 54 anos de trabalhos fecundos em prol da boa formação universitária³⁷.

Havia a compreensão de que se criaria um Instituto de Ciências Médicas que substituiria a Faculdade de Medicina, por isso a solicitação de imediata manifestação contrária da Congregação à perda da identidade completa. Logo em seguida, os territórios disciplinares são defendidos, ao se propor a separação das disciplinas básicas que seriam oferecidas a todas as carreiras por um instituto central, como discursa o professor Celeste Fava Netto:

durante tal período de ensino indiferenciado não poderia evidentemente, haver qualquer relacionamento da matéria lecionada com a aplicação da mesma (...) Não se poderia estimular o estudante com qualquer indicação prática do assunto estudado na sua futura profissão (...) Considero um verdadeiro absurdo que se pretenda corrigir possíveis deficiências de todo o curso secundário com mais um ano de ensino indiferenciado. Não se diga, como muitas vezes já ouvimos, que este ano serviria para formar um cientista

³⁶ Cf., por exemplo, as Atas da Congregação da FMUSP de 13 de maio de 1968, p. 247v-248; de 27 de junho de 1968, p. 260-261v; de 02 de setembro de 1968, p. 264v.

³⁷ Declaração de Carlos da Silva Lacaz à Congregação da FMUSP. Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 05 de dezembro de 1968, p. 283.

ou dar a formação humanística de que todos os indivíduos de formação superior necessitam³⁸.

Partindo do princípio da seleção direcionada dos conteúdos para cada carreira, necessário para a formação de qualidade do profissional, e da conexão entre a teoria e a prática, os territórios disciplinares são defendidos com base contundente.

As discussões seguem por reuniões sequentes no ano de 1969, e em 1970, com a criação legal do Instituto de Ciências Biomédicas - ainda que sem a sede física - inicia-se uma nova rodada de tentativas de recuperar a integridade da Faculdade de Medicina através de: propostas de criação de departamentos de ciências básicas da Faculdade³⁹, que é rejeitada pelo Conselho Universitário; criação de novas disciplinas junto aos departamentos aprovados pelo Conselho Universitário para manter os professores das ciências básicas na Faculdade de Medicina⁴⁰, o que foi feito⁴¹; proposta de criação de um grande centro médico na região da Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas que incluísse todas as instituições de formação e de clínica do local para justificar a permanência das cadeiras básicas neste local, uma vez que seria mais próximo e imediatamente vinculadas a este complexo⁴². Contudo, nada impede que o Instituto de Ciências Biomédicas seja o responsável legal pelo oferecimento das disciplinas de ciências básicas para o curso de medicina.

O Instituto de Ciências Biomédicas assume as disciplinas de formação básica e requisita os quatro primeiros semestres para si, contrário ao pedido da Faculdade de Medicina de que ele assumisse os três primeiros e deixasse para ela o quarto semestre. Com isso, a Faculdade pede aos seus professores do 5º e 6º semestre tracem planos de ação para recuperar os alunos visando sanar as falhas que esse ensino no Instituto de Ciências Biomédicas pudesse acarretar⁴³. A mensagem de desconfiança evidencia o não reconhecimento da legitimidade do Instituto de Ciências Biomédicas como formador dos alunos da Faculdade de Medicina, ainda que o Instituto de Ciências

³⁸ Declaração de Celeste Fava Netto à Congregação da FMUSP. Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 06 de dezembro de 1968, p. 285v-286.

³⁹ Ata da Congregação da FMUSP de 06 de fevereiro de 1970, p. 73-77.

⁴⁰ Cf, por exemplo, Ata da Congregação da FMUSP de 13 de março de 1970, p. 83.

⁴¹ Citamos como exemplo de criação de disciplina para evitar a saída de professor da Faculdade de Medicina, a situação do professor Charles Edward Corbet, catedrático de Farmacologia, que não deixa a Faculdade de Medicina como deveria pois cria-se, junto ao departamento de Clínica Médica, a disciplina de Terapêutica Clínica para que ele fosse alocado como professor desse departamento. Não fosse tal ação, o professor Corbet seria transferido para o departamento de Farmacologia do Instituto de Ciências Biomédicas.

⁴² Ata da Congregação da FMUSP de 23 de dezembro de 1970.

⁴³ Ata da Congregação da FMUSP de 02 de dezembro de 1971, p. 217v.

Biomédicas tenha recebido alguns dos professores das disciplinas básicas oriundos da própria Faculdade.

As tentativas de reverter a situação de perda da Faculdade de Medicina seguem ainda ao longo da década de 1970⁴⁴ e sempre permeiam duas questões centrais que a ida das disciplinas básicas para o Instituto de Ciências Biomédicas ocasionaram. Primeiro, estas disciplinas, antigas cadeiras, eram a base das pesquisas de alta qualidade que a Faculdade de Medicina desenvolvia. A íntima ligação entre as ciências básicas e a prática clínica, potencializada pela proximidade ao Hospital das Clínicas, permitia que a Faculdade desenvolvesse pesquisas primorosas, contribuindo para o avanço da medicina no país. Segundo, o não reconhecimento da capacidade formadora do Instituto de Ciências Biomédicas para os profissionais médicos. Ao receber profissionais de ciências básicas de diversas carreiras, o Instituto de Ciências Biomédicas vestiu-se de uma ilegitimidade formadora derivada das culturas específicas de cada profissão, o que lhe incutiu um caráter generalista e pouco preciso; além disso, ao mesclar os diversos profissionais, colocou-se em um mesmo patamar de competência e ação médicos, enfermeiros, dentistas, veterinários, biólogos, quebrou-se a hegemonia de superioridade que a classe médica acredita ter sobre as outras profissões de saúde. O Instituto de Ciências Biomédicas acabou sendo o depositário de uma pecha de incompetência por ousar contribuir para a formação dos alunos da medicina, além de abrigar os traidores da “Casa de Arnaldo” que aceitaram sair da Faculdade e não se sujeitaram à incorporação por departamentos díspares.

A Reforma de 1968 é sentida na Faculdade de Medicina em várias frentes e será também combatida em várias frentes. Após anos de estabilidade espacial conseguida com a inauguração da sede própria em 1933, a Faculdade é novamente impactada pela dispersão de estudantes e professores, e tem novamente seu currículo fragilizado pela ausência física da arquitetura do complexo escola-hospital nos anos iniciais da formação, com sérios riscos à manutenção da integridade da formação, já que as bases criadas na pesquisa laboratorial são extirpadas. Doravante, a Faculdade perde parte do poder sobre a formação oferecida no ingresso do futuro médico, uma vez que durante os anos iniciais, quando ocorreriam as disciplinas básicas, o estudante não estaria sob a força de aculturação da Faculdade de Medicina, tampouco estaria próximo

⁴⁴ Cf, por exemplo, Ata da Congregação da FMUSP de 29 de setembro de 1972, p. 31-36v; de 14 de setembro de 1973, p. 128v-129v; de 27 de setembro de 1974, p. 227v; e de 12 de maio de 1978, p. 197v-199.

do maior centro de referência em atendimento médico, o hospital-escola anexo à Faculdade. À Faculdade de Medicina restaria a formação clínica estrita e a necessidade de lidar com uma formação básica sobre a qual não possuía controle.

Quando as disciplinas básicas são retiradas do controle da Faculdade de Medicina, a própria capacidade de compreensão do ato médico é posta em questão, pois, como conceber que outrem, que não os próprios médicos, desenvolvam pesquisas e realizem o ensino dos estudantes de medicina, ensino e pesquisa estes fundantes da ação e inserção social deste profissional, já que baseado na concepção biomédica do ensino traz íntima correlação da formação e atuação profissional com as disciplinas biológicas - a partir de então chamadas de disciplinas básicas - pois a compreensão do processo de cura é mediado pela necessidade de identificação da causa da doença, causa esta que deve ser esclarecida através dos conhecimentos da biologia, da química e da física do corpo humano (Cutolo, 2006; Guedes, Nogueira & Camargo Jr, 2006; Koifman, 2001). Vale lembrar que a concepção biomédica já estava sob questionamento com a concomitância do Curso Experimental.

É também significativo que, desde a inauguração da sede da Faculdade em 1933, as ciências básicas compõem e dispõem essencialmente o prédio-sede, uma vez que as clínicas ocorriam nos Hospitais. A criação do Instituto de Ciências Biomédicas causou o esvaziamento físico do prédio e levantou outro temor: a apropriação pelas repartições públicas dos espaços vazios, o que de fato poderia acontecer se a Faculdade não tomasse medidas de contenção para preservação de seu espaço. Para evitar maiores transtornos, foram criadas novas estruturas na organização da Faculdade chamadas Laboratórios de Investigação Médica que, além de promover a reocupação dos espaços arquitetônicos, também se caracterizavam como um processo de hospitalização do ensino, pois esses Laboratórios foram criados usando o potencial para pesquisa observado no Hospital das Clínicas, aproximando mais o ensino do Hospital.

A década de 1970 submerge a FMUSP numa crise, mediada por ações políticas que não podem ser controladas pela comunidade da Faculdade. Acostumada a controlar, a Casa de Arnaldo é submetida e vê seu território ameaçado, e deverá ressignificar seu lugar na medicina paulista e brasileira.

3. CONTINGÊNCIAS PARA O PROJETO DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA

O Curso Experimental de Medicina é apresentado⁴⁵ como proposta à Congregação da Faculdade de Medicina no ano de 1966⁴⁶ e teve o parecer favorável à sua implementação discutido em reunião de 16 de dezembro do mesmo ano. Este parecer - emitido por comissão constituída para esse fim composta pelos professores Odorico Machado de Sousa, Alberto Carvalho da Silva e Luiz Venère Decourt, e pelo estudante Pedro Soares Araújo - indica que o curso atenderia à sugestão da reitoria de aumento de vagas e conclui pela viabilidade da criação do novo curso com aumento de 50 vagas, mas isso não seria possível em 1967, apenas em 1968⁴⁷.

O parecer da comissão deixa claro que o Curso Experimental de Medicina é uma proposta viável em resposta à pressão que a Reitoria tem despendido sobre a Faculdade de Medicina para aumento no número de vagas oferecidas pelo curso médico, pressão esta que não é pontual, mas se mostra ao longo de toda a década de 1960 em resposta à “crise dos excedentes” que atinge o sistema educacional tanto no Brasil, quanto na Europa (Braghini, 2014).

Cunha (2007b) indica que a procura pelo ensino superior se intensifica⁴⁸ na década de 1960, ainda que já se mostrasse numa crescente busca desde a década de 1940, por conta do

crescimento da população urbana, a industrialização e a monopolização, gerando aumento das camadas médias, em termos absolutos, a redefinição do papel da mulher como trabalhadora no âmbito extra-doméstico, a elevação dos requisitos educacionais para o preenchimento dos cargos nas burocracias públicas e privadas (Cunha, 2007b, p. 81).

O aumento da procura e uma legislação dúbia de seleção - que determinava que estivessem aprovados os candidatos com nota igual ou superior a cinco - faz com

⁴⁵ Até o momento de encerramento deste texto não foi localizada fonte primária que indique a apresentação primeira da proposta do Curso Experimental de Medicina à Faculdade de Medicina. Em MOTA (2014) é possível encontrar a informação que a proposta foi assinada por nove professores, porém não se listam estes professores.

⁴⁶ Ata da Congregação da FMUSP de 17 de novembro de 1966, volume 7, p. 161v.

⁴⁷ Ata da Congregação da FMUSP de 16 de dezembro de 1966, volume 7, p. 165-166.

⁴⁸ A década de 1960 é considerada como a década da expansão de vagas no ensino superior. Apenas no curso médico, das 14 escolas existentes em 1968, 7 foram abertas entre 1961 e 1968. José Pastore (1972) traça os números de matrículas na 1ª série do curso de medicina para o Estado de São Paulo: de 1940 a 1955, são 180 matriculados (em média); a partir de 1955 os números começam a aumentar para o ano de 1955, com 235 matriculados, em 1960 serão 290 matriculados, em 1965 o número mais que duplica e se matriculam 618 ingressantes, e quase se duplicará novamente em 1968 com 1196 ingressantes se matricularem nos cursos de medicina do Estado de São Paulo. Mesmo com esta expansão, o curso de medicina é o que menos vagas abre na década de 1960, com crescimento médio de 30%, na contrapartida de crescimento em outros cursos, como Filosofia e Economia, de 50% a 100%.

que se crie um contingente de candidatos aprovados que não conseguem se matricular mesmo tendo alcançado a nota determinada pois não há quantidade de vagas disponíveis nas faculdades brasileiras, criando um grupo de aprovados “excedentes” que ficam de fora do sistema educacional. Como resultado, os cursos superiores tinham pendências jurídicas com mandatos de segurança impetrados por candidatos excedentes, o que era mais expressivo nos cursos de Engenharia e Medicina, também porque os mais concorridos:

Para as escolas de medicina, o número de candidatos por vaga variou de 6,3 e 8,3 no período de 1964/1968; para as de engenharia, entre 3,6 e 4,7, no mesmo período. Enquanto isso, para os demais cursos, o número de candidatos por vaga mal se aproximava de 2 (Cunha, 2007b, p. 83).

Nessa conjuntura a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo é chamada a repensar o número de vagas que oferece e em 1961 há expansão de oferta para o ano seguinte⁴⁹. Contudo, a pressão externa não cessa, e é possível acompanhar, anualmente a discussão sobre a possibilidade de maior expansão, sempre negada.

No início de 1964 o tema toma novos contornos com a promulgação do decreto presidencial que propunha a duplicação do número de vagas para o primeiro ano dos cursos superiores nos setores de Medicina, Engenharia, Química, Odontologia e Geologia⁵⁰, decreto este que tentava responder à pressão popular pela solução do problema dos jovens que não podiam chegar aos cursos superiores, pauta recorrente nos movimentos estudantis do período mas que também se fundamentava no crescimento do país e na necessidade de profissionais qualificados para suprir a demanda expansionista. É previsto em decreto que haveria subsídio do governo federal para a expansão e disponibilidade de recursos físicos do Ministério da Saúde para os cursos de medicina. A Faculdade de Medicina declina indicando que

(...) em nosso Estado o número de Escolas Médicas vem atendendo perfeitamente às solicitações do meio; c) a limitação do número de matrículas para realizar um ensino de alto padrão e cunho científico; d) os exames de seleção já se encerraram e as aulas do curso médico tiveram início a 3 de março p.p.⁵¹

⁴⁹ O Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo oferecia, então, 80 vagas anuais para ingresso via processo seletivo e passará a ofertar 100 vagas a partir de 1962. Cf. Atas da Congregação da FMUSP de 14 de dezembro de 1960, p. 131 e de 11 de dezembro de 1961, p. 198-200

⁵⁰ Decreto nº 53.642, de 28 de Fevereiro de 1964 - Dispõe sobre a duplicação de matrículas no primeiro ano das escolas superiores.

⁵¹ Ata da Congregação da FMUSP de 19 de março de 1964, p. 21-21v.

A mudança de governo não ameniza a cobrança tampouco resolve o problema dos excedentes. O Governo Militar iniciado em fim de março de 1964

não foi indiferente à demanda das camadas médias que tão valioso apoio político dera ao golpe de Estado. Como “recompensa” política, primeiro, e por ter feito reivindicações, depois, o MEC passou a induzir as universidades federais a aumentarem as vagas, principalmente nas grandes cidades e nos cursos de Medicina e Engenharia (Cunha, 2007b, p. 82).

A pressão não se restringe às universidades federais, e é sentida na FMUSP através das solicitações da reitoria⁵², e é uma das causas apontadas para, ao final de 1966, a Congregação decidir pela aprovação do Curso Experimental de Medicina como forma de ampliação de vagas. Contudo, essa ampliação viria apenas em 1968, o que não agrada o Governador que pressiona uma vez mais a Faculdade de Medicina em janeiro de 1967⁵³, quando já se haviam realizados os exames vestibulares levando a nova negativa de ampliação de vagas.

A questão é retomada em abril de 1967, quando um candidato excedente é matriculado por força de liminar judicial⁵⁴ na FMUSP e os alunos deflagram uma greve em protesto. O que segue nesta reunião de Congregação é uma longa discussão sobre a real existência de excedentes na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, isto porque desde 1965 a Faculdade já aderira ao vestibular integrado das faculdades de medicina do Estado de São Paulo⁵⁵, o CESCEM (Centro de Seleção dos Candidatos às Escolas Médicas de São Paulo) que, além de uniformizar o processo seletivo de todos os cursos médicos do Estado, classificava os candidatos destinando-os, conforme sua classificação, para a escola médica correspondente possível. O convênio com o CESCEM previa que se constituísse uma lista de acordo com a nota obtida na seleção à partir da qual os 100 primeiros ingressariam na FMUSP, o que não causaria excedentes para a Faculdade, portanto, sendo injustificado o argumento para o aumento de vagas. Apesar da defesa dos professores Ulhôa Cinto, Alípio Corrêa Neto e Isaias Raw para a abertura de novos cursos aproveitando os espaços da Cidade Universitária e resolvendo o propalado problema dos excedentes, a Congregação ergue-se contrária à imediata ampliação ou abertura de cursos, e o professor Carlos da Silva Lacaz sintetiza a negativa ao indicar

⁵² Cf., por exemplo, Ata da Congregação de 17 de novembro de 1966, p. 161.

⁵³ Ata da Congregação da FMUSP de 10 de janeiro de 1967, p. 170.

⁵⁴ Ata da Congregação da FMUSP de 17 de abril de 1967, p. 182-185.

⁵⁵ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 06 de agosto de 1963, p. 296-297.

o *numerus clausus*, a frequência obrigatória, o tempo integral, a distribuição didática em departamentos compõem um todo uno e indiviso e a renúncia a quaisquer desses componentes redundaria em prejuízo total ao sistema. A nossa Faculdade tem por obrigação formar médicos de boa qualidade, mantendo também a investigação científica no mesmo nível em que se faz o ensino⁵⁶.

Com esta retumbante recordação da tradição da Escola, recorrendo aos acordos da década de 1920 com a Fundação Rockefeller, a discussão é encerrada e não se altera o número de ingressantes em 1967. A quantidade total de vagas oferecidas pela FMUSP seria alterada com a criação de um novo curso médico, o Curso Experimental de Medicina, garantindo assim que o proclamado “*todo uno e indiviso*” fosse mantido, já que não se alteraria o *numerus clausus* diretamente, mantendo todas as partes da equação íntegras.

Porém, apesar de já aprovada em 1966 a criação do Curso Experimental de Medicina⁵⁷ o problema dos excedentes é novamente levantado em julho de 1967 para questionar a real viabilidade e validade de se criar efetivamente um novo curso na Faculdade de Medicina quando da discussão em Congregação da estruturação do Curso para início efetivo em 1968:

O prof. Junqueira indaga se é necessário criar o Curso Experimental na Cidade Universitária em vista da plethora de Faculdades de Medicina que ora estão criando. Acredita que este assunto de aumento de vagas já está superado. O prof. Alberto Carvalho da Silva dá os seguintes dados: existem realmente 750 vagas com perspectivas de aumento de 850, 950 para o ano que vem [1968], para uma população de 15 milhões de habitantes. Portanto, não há de fato, no momento necessidade de um aumento no nº de vagas. A população média do Estado gira em torno de 13.000 médicos, pelas últimas estatísticas do CREMESP e creio que não há de fato necessidade urgente de um aumento do número de vagas. A incumbência que recebi do senhor Diretor para integrar a comissão tem como finalidade a formação do novo curso experimental, a fim de testarmos nova modalidade de ensino médico, novas técnicas e fornecer maior número de vagas, a fim de atender solicitação do governo e da sociedade. A minha opinião sobre o aumento do nº de vagas, do ponto de vista das necessidades reais do Estado não devem ser consideradas como aspecto importante da discussão. O relatório da Comissão, se for aprovado e posto em prática, virá dar oportunidade de testar novos métodos de ensino e dar ensejo à Faculdade de Medicina de contribuir e estimular o desenvolvimento da Cidade Universitária.⁵⁸

Logo, observa-se que a contenda por mais vagas nos cursos superiores está imbricada na criação do Curso Experimental de Medicina mas não pode ser considerada como o motor para a criação do novo curso, como Alberto Carvalho da Silva assinala. A

⁵⁶ Ata da Congregação da FMUSP de 17 de abril de 1967, p. 185.

⁵⁷ Ata da Congregação da FMUSP de 16 de dezembro de 1966, volume 7, p. 165-166.

⁵⁸ Ata da Congregação da FMUSP de 11 de julho de 1967, p. 194v.

ampliação do número de vagas mais se aproxima a um pretexto contingencial que permitiu o espaço-tempo de aprovação pela Congregação da abertura de um novo curso, como sinaliza professor Isaias Raw:

Sou favorável a um número de vagas adequado ao mercado, pois a pressão popular é grande (...) a minha motivação não pelo aumento do número de vagas, simplesmente, mas sim aproveitar o ambiente oficial favorável para obter recursos e realizar um curso novo que melhore o ensino médico na Universidade de São Paulo⁵⁹.

O professor Eduardo Marcondes, um dos componentes do grupo de propositores original do Curso, sintetiza as aspirações da criação do Curso Experimental de Medicina:

(...) o projeto de criação de um curso experimental tem 3 motivações: 1º terço: aumento do nº de vagas (...) 2º terço é tentar um curso diferente que não sabemos se vai ser melhor ou pior (...) 3º terço é ir para o “campus” da Cidade Universitária.⁶⁰

Assim, a crise dos excedentes é real e incômoda, as solicitações são recorrentes por parte dos órgãos governamentais, mas os idealizadores do Curso Experimental de Medicina indicam que, aproveitando o ensejo governamental por mais vagas, é possível cumprir com mais dois desígnios da Faculdade de Medicina: a ocupação da Cidade Universitária e a mudança do ensino médico.

Ainda que a Cidade Universitária “Armando de Salles Oliveira” seja uma idealização da década de 1940, tendo seus primeiros prédios construídos nessa época, é a partir da década de 1960 que a expansão é retomada e os institutos da Universidade de São Paulo vão se transferindo ou instalando neste novo espaço (Barros, 2003). Em 1961 o aparato administrativo da reitoria se instala no novo campus e, sob a direção de Ulhôa Cintra, então Reitor, a expansão se acelera com a construção de laboratórios, prédio e infra-estrutura para acomodar os institutos (Shozo, 2006).

No processo de expansão e ocupação da Cidade Universitária, no ano de 1962, Ulhôa Cintra fala à Congregação da Faculdade de Medicina exortando-a a participar mais ativamente:

A participação da Faculdade de Medicina nos Institutos Universitários em fase de criação não implica em alteração da atual estrutura desta Faculdade (...) é medida que se impõe, em vista da possibilidade de ser criada, no futuro,

⁵⁹ Ata da Congregação da FMUSP de 11 de julho de 1967, p. 195.

⁶⁰ Ata da Congregação da FMUSP de 11 de julho de 1967, p. 196v-197.

uma nova Faculdade de Medicina na Cidade Universitária. Não deve a nossa Escola omitir-se em assunto de tanto interesse⁶¹.

Não localizamos registros nas Atas da Congregação de efetiva participação da FMUSP no processo de ocupação da Cidade Universitária até 1965 quando o professor Isaias Raw solicita a mudança de sua cátedra de Bioquímica para o recém-construído prédio do Instituto de Química e convida os membros da Congregação para conhecerem as instalações que receberam

apoio de todas as Faculdades e de Instituições até estrangeiras como a Fundação Ford, que está equipando o conjunto com aparelhamento no valor de meio milhão de dólares⁶²

A ocupação do Edifício das Químicas pela cadeira de Bioquímica da Faculdade de Medicina é real. Toda a cátedra é levada do prédio sede da Faculdade de Medicina para a Cidade Universitária, fazendo com que os estudantes também se desloquem para as aulas⁶³.

A necessidade de ocupar a Cidade Universitária é retomada por ocasião da discussão para aprovação do Curso Experimental de Medicina por Alípio Correa Neto:

Imaginamos fazer uma renovação no novo curso e para isto devemos contar com uma estimativa de verba. Um fato, porém, é concreto, é que nós devemos urgentemente integrar a Faculdade de Medicina no “campus” universitário antes que outros o façam, e este é o momento ideal a pedido do próprio governo que solicita insistentemente⁶⁴.

Há urgência de aumentar a influência da Faculdade de Medicina junto à Universidade de São Paulo, indica o professor. E de fato há esta urgência pois tramita junto ao Conselho Universitário da Universidade de São Paulo uma solicitação de abertura de um novo curso médico junto à Faculdade de Odontologia de Bauru, que conta com a simpatia de muitos dos conselheiros, o que reduziria a destinação de verbas para a Faculdade de Medicina⁶⁵.

Mas é possível que haja também outra urgência. Trata-se de Ulhôa Cintra reitor, professor catedrático de clínica médica da Faculdade de Medicina, portanto, é período de representação forte da Faculdade no órgão máximo de poder da Universidade de São Paulo, e Ulhôa Cintra tem posição clara e contundente sobre a

⁶¹ Ata da Congregação da FMUSP de 04 de julho de 1962, p. 214-215.

⁶² Ata da Congregação da FMUSP de 05 de novembro de 1965, p. 119v.

⁶³ Ata da Congregação da FMUSP de 13 de maio de 1966, p. 146v-147.

⁶⁴ Ata da Congregação da FMUSP de 11 de julho de 1967, p. 196.

⁶⁵ Ata da Congregação da FMUSP de 27 de dezembro de 1967, p. 219v.

integração, conforme expresso em relatório da reitoria para o governo do Estado acerca da utilização dos recursos do fundo de construção da Cidade Universitária:

A formação universitária deve visar o atendimento dos interesses da coletividade, e não pode se ater aos isolacionismos formativos.

A vida em comum, de estudantes de ciências, de tecnologia e de humanidades, deverá conduzir a verdadeiras transfusões de conhecimentos.

O diálogo entre cientistas e humanistas no ensino superior trará imensos frutos, se enraizar-se em ações integradas, isto é, nos projetos e trabalhos elaborados e realizados em comum, por estudantes e especialistas de diferentes disciplinas.

O diálogo entre o engenheiro, o médico, o economista, o sociólogo, o psicólogo, o administrador, será incontestavelmente ponto de partida de um processo educativo próprio, de forma a desenvolver em cada um, as aptidões do trabalho em comum, assim como a compreensão da tarefa, da função e do respeito aos demais.

O contato individual e social, entre professores e estudantes das diversas faculdades, forçosamente determinará a valorização dos homens de valor e o seu aproveitamento em benefício da coletividade universitária, permitindo que se elimine, inclusive, um dos graves inconvenientes atualmente existentes, ou seja, a completa falta de contato entre os professores entre si, entre os professores e estudantes e entre eles, o que inclusive vem motivando uma série de incompreensões nos meios universitários (USP, 1963, p. IX-X).

Exortando à ocupação de espaços coletivos, ao estabelecimento de cooperações entre diferentes áreas, não apenas como forma de produção mas como forma de respeito e reconhecimento das potencialidades do outro, é assim que a reitoria enxerga a necessária e inadiável integração. Não há mais espaço para o “*isolacionismo formativo*” nesta gestão, paradoxalmente o gestor é oriundo de uma unidade isolada.

Vale retomar que, por ocasião da fundação da Universidade de São Paulo e agremiação das faculdades isoladas sob seu dístico, a Faculdade de Medicina abrigou temporariamente os docentes da recém-criada Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, e pretendia-se expandir a construção do prédio da Faculdade de Medicina, acrescentando um andar que acomodaria a Faculdade de Filosofia. Após uma série de manifestações e desacordos, a torre destinada à construção é derrubada e a Faculdade de Filosofia tem de ser transferida para um imóvel alugado (Marinho & Mota, 2012). Anos depois, a necessidade de integração retoma, mas agora não se pede à Faculdade de Medicina que divida o seu espaço, e sim ocupe um novo espaço em pé de igualdade com as outras unidades da Universidade de São Paulo, todas em um espaço novo e planejado para permitir a livre circulação de ideias, pessoas e produções, permitindo fácil acesso de todos, professores e alunos, a todos. Deixar a “Casa de Arnaldo”, mesmo que parcialmente, não parece ser de agrado do grupo de professores da Faculdade de Medicina, pois as insistências para que a Faculdade ocupe seu lugar de direito na

Cidade Universitária são constantes e a Faculdade apenas leva seu experimento “lá para baixo”.

E aqui é necessário um esclarecimento. Ao longo do percurso das entrevistas, é recorrente a forma de referência que os entrevistados, tanto antigos alunos quanto antigos professores, de que a Faculdade de Medicina seria “aqui em cima” (ou “lá em cima”) e a Cidade Universitária seria “lá embaixo” (ou “aqui embaixo”). Imediatamente a alusão é dada pela posição geográfica na cidade de São Paulo, onde o prédio da Faculdade de Medicina estando localizado em uma zona mais alta da cidade, seria referido como em cima, na contrapartida da Cidade Universitária, posicionada na linha da várzea do Rio Pinheiros, referido como embaixo. Contudo, o correr das entrevistas leva a concluir que esta forma de referência não é apenas geográfica, mas transveste-se de pejoração, ao incutir um grau de inferioridade à Cidade Universitária.

AT.2: os alunos reclamam do primeiro e do segundo ano que eles passam muito na Cidade Universitária, e o sonho deles é aqui (+) e aqui É a faculdade de medicina, né (+) eu sei que lá, aquilo é uma coisa muito distante pra eles /.../ Lá também eles se sentem sem dúvida (+) sem dúvida eles se sentem [menos médicos] e o pessoal lá (+) muitos são médicos mas (+) eles dificilmente tem uma coisa da integração dos anos básicos com o resto, de ligar um pouco com a doença, com a clínica, com a medicina /.../ mas (+) é uma queixa (+) e a distância! Ele tem que ir até LÁ, aqui é mais CENTRAL, a Cidade Universitária (+) É LINDA a Cidade Universitária, mas AQUI é a CASA deles! /.../ aqui é o meu habitat, eu quando vou pro HU, eu não consigo estacionar o carro, pouca gente me conhece, eu pego trânsito!

Assim, ir para a Cidade Universitária é se deslocar do centro para a periferia, é sair do lugar destinado para a Faculdade de Medicina e se rebaixar, perdendo parte do status e poder associado ao lugar que o prédio da Faculdade de Medicina ocupa nos imaginários. E esta perda não é facilmente suportada, contudo, é preciso acolher a força de Ulhôa Cintra. A criação de um curso diferente, que não compromete a tradição formadora tampouco o lugar ocupado, e quiçá se reverta em um trunfo no reforço da tradição inovadora e vanguardista da Faculdade, no melhor estilo de Arnaldo Vieira de Carvalho, parece ser uma decisão acertada. É preciso ir “lá para baixo” mas sem perder o status “lá de cima”. É preciso formar mais médicos, mas sem abrir mão da tradição. E é preciso acompanhar as mudanças no ensino médico que estão ocorrendo pelo mundo.

Guimarães (2009, p. 187) sinaliza que até a década de 1950, a preocupação do ensino médico voltava-se essencialmente “às instalações e ao melhor preparo dos professores. Questões como os métodos de ensino e a coordenação das atividades

didáticas das cátedras (...) não teriam feito parte das metas da educação médica”. Contudo, inicia-se o processo de questionamento pedagógico sobre as escolhas e práticas do ensino que percorrerá as décadas de 1950 e 1960 com encontros e congressos da comunidade médica para discussão de tal panorama que apresentava *“especialização precoce, a crescente utilização de tecnologias nos diagnósticos, efetivação da divisão do currículo em dois ciclos (básico e profissional), o fim da medicina liberal e das práticas sociais, e o ensino e a prática médica individualizantes e centrada nos hospitais”* (Guimarães, 2006, p. 1), o que pode ser o estopim de iniciativas de modificações pedagógicas junto aos cursos de medicina, que questionam esse modelo e propõem alternativas de formação. A Faculdade de Medicina deu sinais de acompanhar esta mudança ao incorporar o departamento de Medicina Preventiva e o internato, mas não alterou substancialmente o ensino oferecido, mantendo a estrutura das cátedras imutável.

Ainda na década de 1950, a Western Reserve University propõe uma organização curricular para seu curso médico que leva em consideração a distribuição dos conteúdos por sistemas do corpo humano, visando integrar as disciplinas básicas com as disciplinas clínicas, buscando a determinação de conteúdos essenciais que deveriam ser discutidos nestes espaços integrados dos sistemas, evitando repetições e relacionando-os diretamente aos conteúdos práticos da clínica médica. Ainda que a divisão do corpo humano em sistemas orgânicos seja forma de pensar da concepção biomédica - ao pressupor que o corpo se constitui de partes que trabalham em conjunto para uma finalidade maior – esta permite integrar verticalmente os conteúdos das várias disciplinas sob um grande eixo de discussão, o do sistema em voga (Barzansky, 1992). Esta experiência é inspiração para a reformulação do currículo médico em diversas escolas médicas ao longo dos anos 1960 e 1970 como Harvard, nos Estados Unidos (Adelstein & Ramos, 1994); Mc Master, no Canadá; e Maastrich, na Holanda (Iochida, 2004).

Entre os entrevistados, as referências à inspiração do projeto do Curso Experimental de Medicina vir de cursos norte americanos é recorrente:

A1.3: baseados num estilo didático que existia na Harvard University que eles conheceram quando foram pra lá, e queriam implantar isso aqui.

A5.1. o Experimental representou uma ideia de você fazer um currículo muito baseado no que era na Western Reserve, num currículo médico integrado, baseado em conjuntos de disciplinas que conversam.

PAT: exatamente a origem é um pouco de certa forma nebulosa (+) porque uns queriam de fato modificar o currículo de acordo com o que se fazia na Northern Western, é uma das universidades americanas onde esse sistema (+) teria sido adotado ou pelo menos se iniciado (+) isso nos anos cinquenta e pouco que esse sistema foi adotado lá nos Estados Unidos.

PMP.2: se eu não me engano, o Curso Experimental de Medicina foi baseado num curso da Western Reserve nos (+) Estados Unidos

PMP.3: o experimental nasce dessa proposta mesmo (+) muito inspirada nas reformas americanas. Tanto pedagógicas quanto de inserção dessas disciplinas novas no currículo, como a prevenção, prevenção comunitária, tal. E o professor Marcondes (+) ele tinha ido pra Harvard, tinha estudado essa proposta lá, tinha visto, conhecido bem, e voltou trazendo a proposta pra cá.

A inspiração norte-americana para a proposta do Curso Experimental de Medicina não é novidade para a construção curricular da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo que tem em seu histórico uma íntima relação com a filantropia norteamericana, através da Fundação Rockefeller, assim como busca nas instituições médicas daquele país formação para seus professores. A constância com que a associação do Curso Experimental de Medicina se faz aos cursos reformados norteamericanos pode ser parte do discurso de apresentação e aculturação dos alunos ao Experimental, mas também é reforçado pela divulgação na imprensa do Curso:

O professor [Isaias Raw] diz que o sistema recém-instituído foi utilizado pela primeira vez há dez anos na Faculdade de Ciências Médicas de Western Reserve, em Cleaveland, EUA, e que o sistema atual de ensino pode ser comparado ao da Universidade de Harvard em 1928⁶⁶.

Entretanto, o movimento reformador não acontecia apenas no exterior. No Brasil, algumas escolas médicas também acompanham esse movimento das mudanças. É o caso dos cursos de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, da Universidade de Brasília, da Universidade de Campinas e da própria Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto (Édler & Fróes da Fonseca, 2005).

A Universidade de Brasília trazia seu projeto pedagógico pensado sob uma concepção nacionalista desenvolvimentista que propunha a organização administrativo-pedagógico em departamentos, com professores contratados e não catedráticos, que ofereceriam suas disciplinas conforme os conteúdos necessários e não atrelados a carreiras; os alunos complementariam seus estudos no sistema de créditos que não se

⁶⁶ O Estado de São Paulo, 24 de janeiro de 1968.

mostrava em um alinhamento rígido e fixo, permitindo ao aluno escolher um percurso formativo distinto (Cunha, 2007a).

A3.3: na realidade isso não era uma ideia original do pessoal daqui. Isso aí veio da Universidade de Brasília que tinha um sistema de blocos tal, veio de lá, e o pessoal daqui abraçou a ideia.

As referências à influência da experiência da Universidade de Brasília na construção do projeto do Curso Experimental de Medicina são menos recorrentes que as referências às reformas norte-americanas. Contudo, vale notar que Isaias Raw participou do projeto de elaboração do curso de medicina daquela Universidade, em contemporaneidade às discussões do projeto do Curso Experimental de Medicina⁶⁷, ao que não se pode negar que possa haver certa retroalimentação de propostas, tal qual a circularidade de ideias com os norte-americanos.

Em Ribeirão Preto, a Universidade de São Paulo inicia suas atividades em 1952 com uma proposta de inovação do ensino, com

Associação do regime de cátedras ao de departamentos, reduzindo o número de catedráticos (...); adoção do regime de tempo integral para todos os professores, inclusive os das clínicas, fato inédito nas escolas da área; a integração das atividades de ensino e pesquisa dos diversos departamentos/cátedras; a redução dos programas e do tempo dedicado à Morfologia, aumentando, correlativamente, a ênfase na Bioquímica, na Fisiologia e na Farmacologia; introdução de disciplinas até então inéditas no ensino médico do país, como Medicina Preventiva, Psicologia Médica e Medicina do Trabalho; a adoção de períodos semestrais para algumas disciplinas; a ênfase na atividade prática do ensino, em laboratórios, ambulatorios e hospitais (Cunha, 2007a, p. 139).

Assim, desde a década de 1950, acompanhando as tendências do ensino e pesquisa da área médica, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo de Ribeirão Preto já apresentava uma estrutura administrativa distinta, com poucos catedráticos e todos os professores dedicados integralmente ao ensino. Com a redução da morfologia e aumento da Bioquímica, Fisiologia e Farmacologia indica estar muito conectada às mudanças que se processam na forma de produção de conhecimento científico, porém, ela não se descuidava da visão de integralidade de atendimento, estimulando à medicina social e à compreensão do ser humano como um todo.

A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto terá papel preponderante como fornecedora de profissionais para atuarem como professores no Curso Experimental de Medicina, alguns dos entrevistados fizeram parte de suas formações naquela faculdade,

⁶⁷ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 13 de maio de 1966, p. 141v.

em especial residência e doutorado. Além disso, ela apresentava algumas iniciativas de ensino ativo, com formação de grupos de estudo e apresentação dos temas pelos alunos:

PHT: em Ribeirão Preto (+) no departamento de Morfologia (+) o chefe do departamento /.../ já vinha discutindo problemas de aula. Nós fizemos algumas aulas completamente diferentes, em que os alunos interrompiam e começava a dar uma explicação.

Iniciativas de reforma do ensino superior médico são encontradas no Brasil e em outros países. Todavia não podemos deixar de levantar o projeto das classes experimentais que, mesmo não sendo indicado pelos entrevistados, descrevem trajetória de proximidade temporal, conceitual e pessoal ao Curso Experimental de Medicina.

As classes experimentais para o ensino secundário são criadas em 1958 pelo Ministério da Educação no bojo das reformas do ensino que aconteceram nas décadas de 1950 e 1960 no país⁶⁸, e teriam como objetivo “*ensaiar a aplicação de métodos pedagógicos e procedimentos escolares, bem como novos tipos de currículos*” (Pimenta, 2002, p. 86). Propunha-se que tais classes fossem instaladas apenas em poucos colégios que tivessem condições estruturais e recursos humanos para o desenvolvimento de uma proposta curricular baseada em “*experimentação; maior enfoque dado às experiências práticas do que às leis; e, por fim, maior autonomia das escolas*” (Vieira, Dallabrida & Steindel, 2013). Esse projeto visava uma melhor articulação dos conteúdos disciplinares com introdução e discussão de conteúdos sociais, voltando-os para a experiência e aplicabilidade. Visando o envolvimento da comunidade escolar para além da sala de aula, e proporcionando espaço para desenvolvimento das aptidões e aspirações individuais, estimulava a construção do conhecimento através das experimentações e participação dos alunos ativamente no planejamento e execução das atividades (Vieira, Dallabrida & Steindel, 2013; Passos, Ferreira & Matte, 2013; Neves, 2011; Pimenta, 2002).

As classes experimentais foram instaladas em poucos colégios como experiências, com o potencial de expandirem suas respostas ao sistema educacional. A iniciativa também sofre com as intervenções do governo militar que se instala em 1964 que acaba por modificar e normatizar a experiência, levando-a à extinção.

⁶⁸ Durante os anos de 1950-1960 as ideias do movimento escolanovista são reavivadas, e umas séries de ações governamentais levam a uma expansão geral do ensino público e gratuito, com aumento de ingressantes no sistema reduzindo o analfabetismo.

Uma das experiências das classes experimentais é o antigo Colégio de Aplicação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo. Os entrevistados não fazem relação entre o Curso Experimental de Medicina e o projeto das classes experimentais, todavia, há referência recorrente a um número expressivo de ex-alunos do Aplicação que fazem o curso de medicina, marcando como primeira opção o Curso Experimental de Medicina exatamente por sua proposta diferenciada de ensino, diferença à qual eles já estariam aculturados.

Não apenas pela escolha dos ex-alunos do Aplicação, mas as discussões para a criação de um novo curso na Faculdade de Medicina são contemporâneas à execução das classes experimentais no ensino público paulista, e há ao menos um forte indício de circularidade das ideias através da proximidade de Isaias Raw, um dos propositores do Experimental, ao ensino médio da época via iniciativas do IBCEC (Instituto Brasileiro de Educação, Ciência e Cultura) desde 1955 e sua combativa discussão da necessidade de se formarem cientistas desde o colégio (Abrantes, 2008).

Aliando a experiência internacional e os exemplos nacionais de reformas do curso médico, o grupo propositor do Curso Experimental de Medicina aproveita a insistente demanda de aumento de vagas e de ocupação da Cidade Universitária para criar um espaço-tempo de contiguidade favorável à apresentação de uma proposta diferente de formação.

4. PROTAGONISTAS DO PROCESSO

A compreensão do currículo como artefato social e cultural implica reconhecer que ele está submetido à ação humana e “às *relações sociais no interior das quais se realizam as práticas de significação*”, relações estas que não se resumem apenas a relações entre indivíduos, mas que se configuram como “*relações sociais de poder [que são] ao mesmo tempo, resultado e origem do processo de significação*” (Silva, 2006, p. 23). No âmbito das mudanças curriculares, é possível pensar na organização de grupos de indivíduos que se ajuntariam e envolveriam na situação específica, derivando, assim, um grupamento de profissionais que compartilha a perspectiva reformadora e se envolvem na proposição de modificações a partir da

constatação de questões que devem ser ajustadas no currículo vigente. Este grupamento protagoniza as proposições de mudança a partir de suas próprias concepções de educação e formação dos estudantes, marcando-as com suas características filosofias, e têm a legitimidade conferida por seus pares a partir do atributo de conhecimento especializado. Ou seja, estes indivíduos trazem para o grupamento protagonista suas próprias convicções e sua própria história de consolidação de seu saber e de seu território como especialista, configurando uma proposição específica dependente do grupamento e das contingências de formação do grupamento (Lopes, 2011; Torres & Dias, 2011)⁶⁹.

O Curso Experimental de Medicina é apresentado por um grupo de professores da Faculdade que questionavam as possibilidades de mudança do ensino médico oferecido:

O líder desse grupo era o Professor Alípio Correa Neto (Cirurgia). O grupo pensante tinha um núcleo permanente constituído pelos professores Antônio Barros Ulhôa Cintra (Clínica), Isaías Raw (Bioquímica), Alberto Carvalho da Silva (Fisiologia), Eduardo Marcondes (Pediatría) e Guilherme Rodrigues da Silva (Preventiva). Exceto Isaías Raw, os demais professores mencionados já faleceram. Havia, também, agregados permanentes, bem como interessados em educação médica que apareciam ocasionalmente (Machado, 2012, p. 1-2).

Formado por dois catedráticos antigos, com posição institucional bastante consolidada e quatro catedráticos novos, que assumem a cátedra na década de 1960, esse núcleo duro citado é recorrentemente indicado por todos os entrevistados como protagonistas do processo de criação e implementação do Curso Experimental de Medicina, e é possível identificar sua atuação junto à Faculdade de Medicina no restante da documentação consultada. É também um grupo que traz, de suas biografias, a trajetória de posicionamento político e educacional, vinculando-se a iniciativas de reforma da educação e saúde. A Alípio Correa Neto⁷⁰ é tributada a ideia original do Curso Experimental de Medicina:

⁶⁹ É intencional a omissão do conceito “comunidade epistêmica” utilizada pelos autores para definir este grupamento de protagonistas pois acreditamos que este grupo de profissionais que se une para propor o Curso Experimental de Medicina não cumpre com todas as atribuições de uma comunidade epistêmica tal qual Lopes (2011) e Torres & Dias (2011) discutem, em especial na atribuição de produção de políticas curriculares, ação que não pode ser constatada até o encerramento deste texto. Contudo, é inegável a força do grupo propositor, então baseamo-nos nesta concepção de um grupo forte que é capaz de desencadear mudanças, grupo esse constituído para essas mudanças, que a comunidade epistêmica aborda.

⁷⁰ Alípio Corrêa Neto é catedrático de Cirurgia desde 1935 e se aposentado compulsoriamente em janeiro de 1968, após ampla produção científica e experiência como cirurgião de guerras, tendo participado da Revolução Constitucionalista de 1932 e da Força Expedicionária Brasileira na II Grande Guerra. Foi um dos fundadores da Escola Paulista de Medicina (1933), Reitor da Universidade de São Paulo (1955-1957), contando com a experiência de um mandato como deputado estadual e Secretário de Higiene da Prefeitura de São Paulo e da Educação do

O Curso Experimental de Medicina foi uma ideia do professor de cirurgia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Alípio Corrêa Neto, buscando um curso mais ágil, mais dinâmico, fugindo um pouco da área física do Hospital das Clínicas⁷¹.

Alípio Corrêa Neto é quem presidirá, mesmo após sua aposentadoria, a Comissão de Organização Didática do Curso Experimental de Medicina⁷², e é descrito por Guilherme Rodrigues da Silva como “*não contestado por ninguém, era respeitado e conseguia manter um diálogo e um funcionamento adequado, apesar de muita oposição interna que já se sentia desde o começo*”⁷³. Reconhecido pelos integrantes do grupo de propositores do Curso Experimental de Medicina como figura chave, que traz de sua trajetória profissional junto à Faculdade e a órgãos governamentais uma força coercitiva e conciliadora, permitindo que o Experimental se mantenha apesar das oposições que existem desde seu início. Além do poder que exerce sobre a comunidade, o professor traz para o Curso seu olhar para uma dimensão social:

Alípio Correa Neto trouxe outra dimensão. Os aspectos sociais da medicina. A integração deveria ser de imediato entre disciplina básica, clínicas e a experiência com a realidade social. Deveríamos ter um hospital pequeno, com pacientes representativos da região a que servem e com outros pacientes transferidos do Hospital das Clínicas para atender o ensino. Tão importante quanto o hospital seria o Centro de Saúde, para que os alunos aprendessem o atendimento da população, na maior parte das vezes com enfermidades que não exigem internação⁷⁴.

Professor Alípio, catedrático antigo e conceituado, com território de influência determinante, se alia a outro catedrático também antigo e conceituado, Ulhôa Cintra⁷⁵, que traz para o Curso Experimental de Medicina a própria história em busca da reforma e inovação educacional.

Governo do Estado de São Paulo (Begliomini, 2014; Ramos, 2014; Shozo, 2006; Lacaz, 1988). Alípio Correa Neto participa da fundação do Partido Socialista Brasileiro e tem ação contundente junto à Congregação da FMUSP diante da defesa de assistentes e catedráticos durante o período militar.

⁷¹ Depoimento de Eduardo Marcondes à Walkíria Costa Fucilli Chassot componente da publicação comemorativa aos 20 anos do Hospital Universitário. Cf. em Chassot, 2001, p. 09.

⁷² A Comissão de Organização Didática do Curso Experimental de Medicina (CODCEM) é uma comissão especialmente designada pela Congregação da FMUSP para organizar e gerenciar o Experimental. Falaremos com mais profundidade sobre ela e seu funcionamento adiante.

⁷³ Depoimento de Guilherme Rodrigues da Silva à Walkíria Costa Fucilli Chassot componente da publicação comemorativa aos 20 anos do Hospital Universitário. Cf. em Chassot, 2001, p. 15.

⁷⁴ Raw, 2012, p. 46-47, acervo do Museu Histórico da FMUSP.

⁷⁵ Antônio Barros Ulhôa Cintra assume a cadeira de Clínica Médica em 1936 e se aposenta compulsoriamente em 1978, após colecionar uma produção científica na área médica expressiva, além de posições e cargos públicos, tendo sido Reitor da Universidade de São Paulo (1960-1963), Secretário de Educação e Cultura do Estado de São Paulo (1967-1970), um dos criadores e primeiro presidente da FAPESP (1960) (Medeiros Neto, 2014; Azanha, 1999; FAPESP, 1999). Considerado o Reitor reformista da Universidade de São Paulo (Giannazi, 2014; ADUSP, 2004, Azanha, 1999), em sua gestão, cria a Editora da Universidade de São Paulo e transfere a reitoria para a Cidade Universitária, dinamizando o processo de ocupação do terreno da Cidade Universitária (Shozo, 2006).

O professor Ulhôa Cintra tem papel expressivo para a aprovação do Curso Experimental de Medicina, pois o Curso é criado e aprovado durante sua gestão enquanto Secretário de Educação, posição que ele usa para conseguir a liberação de verba junto ao Governo do Estado para a abertura do novo Curso: “*essa ideia, levada pelo prof. Ulhôa Cintra, então secretário da Educação, ao governador Abreu Sodré, recebeu sua imediata aprovação*” (Raw, 1994, p. 134b). É também voz legitimada junto à Congregação da FMUSP no tocante a reformas curriculares e modificações no ensino, defendendo a reforma universitária e a maior integração da Faculdade de Medicina à Universidade de São Paulo⁷⁶.

Alípio Corrêa Neto e Antônio Barros Ulhôa Cintra são dois catedráticos estabelecidos não apenas junto à Faculdade de Medicina, mas junto à Universidade e ao Estado, que se somam aos jovens catedráticos para que o Curso Experimental de Medicina ganhe espaço e consiga se cumprir. Isaias Raw, Eduardo Marcondes, Guilherme Rodrigues da Silva e Alberto Carvalho da Silva são todos catedráticos ao longo da década de 1960 e iniciando a trajetória de conquista de legitimidade junto à Faculdade.

Isaias Raw assume a cátedra de Bioquímica com uma perspectiva de integração universitária marcante, como sinaliza Guilherme Rodrigues da Silva:

Havia um grupo de docentes liderados por Isaias Raw, que gostaria de ver uma maior integração com os vários departamentos básicos da Universidade de São Paulo e outras unidades, incluindo, a Saúde Pública⁷⁷.

Reconhecido por seus pares por sua ação integracionista, Isaias Raw desloca voluntariamente sua cátedra no ano de 1963⁷⁸ do prédio da Faculdade de Medicina para o Instituto de Química na Cidade Universitária, obrigando o deslocamento dos alunos para assistir suas aulas. Isso ainda interino, pois assumir em definitivo a cátedra foi uma batalha, uma vez que o concurso foi suspenso pela reitoria com base na existência de indiciamento de Isaias Raw em “*inquérito policial-militar em curso naquela*

⁷⁶ Cf., por exemplo, Atas da Congregação da FMUSP de 17 de abril de 1967 onde defende que a FMUSP aproveite os espaços da Cidade Universitária para abertura de novos cursos, de 13 de maio de 1968 onde discute a necessidade de reestruturação da FMUSP; e de 16 de setembro de 1969, quando defende a existência do Curso Experimental de Medicina e a integração da FMUSP à Universidade de São Paulo.

⁷⁷ Depoimento de Guilherme Rodrigues da Silva à Walkíria Costa Fucilli Chassot componente da publicação comemorativa aos 20 anos do Hospital Universitário. Cf. em Chassot, 2001, p. 15.

⁷⁸ Cf. Raw, 2012, acervo do Museu Histórico da FMUSP.

faculdade”⁷⁹ após sua prisão. Nesta ocasião, Alípio Correa Neto e Ulhôa Cintra questionam a validade da ação do governo em um concurso interno à Faculdade e exigem posicionamento da direção junto ao Conselho Universitário⁸⁰. Professor Isaias é mantido interinamente na cátedra, e posteriormente o concurso é autorizado conquistando a cátedra oficialmente para ser aposentado compulsoriamente por decreto federal em 30 de abril de 1969⁸¹, juntamente com Alberto Carvalho da Silva, que também se defrontou com problemas para assumir a cátedra de Fisiologia em 1964, enfrentando um recurso de nulidade impetrado que tem de ser derrubado pela votação em Congregação⁸².

A aposentadoria de Isaias Raw e de Alberto Carvalho da Silva é relatada como inexplicável pelos entrevistados, e creditada a disputas internas junto à Faculdade de Medicina:

A1.1. Alberto Carvalho da Silva ele foi um dos (+) vamos dizer assim (+) um dos que bolou um dos mentores intelectuais do curso. Mas como ele foi cassado, ele foi um dos cassados então ele (+) ele ficou meio, não pode participar tanto assim, era meio difícil trazer ele pra participar. Aquela época era complicado. Embora a cassação dele até hoje eu não entendi bem o porque? Porque não tem nada, não era subversivo, porque acho que ele protegeu algum professor da Faculdade de Medicina, um desses que hoje tá, que ficou lá nos Estados Unidos, se radicou nos Estados Unidos, que pra como era comunista não servia pro Brasil, mas foi morar nos Estados Unidos! /.../ talvez tenha sido por essa razão (+) que ele foi cassado, foi um castigo pra ele.

PFR.2. o Isaias Raw foi demitido sumariamente. O Eduardo Marcondes não. O Isaias Raw foi por bobagem. Nunca foi político, nunca foi (+) comunista então nem se fala! Ele tinha uma briga dentro da Faculdade de Medicina (++)

Ambos, Isaias Raw⁸³ e Alberto Carvalho da Silva⁸⁴ representarão a Faculdade de Medicina junto ao Centro de Seleção dos Candidatos às Escolas Médicas de São Paulo (o CESCEM), uma forma de seleção integrada para todas as faculdades de medicina do Estado de São Paulo que permitiu ao candidato, em um único vestibular, colocar a ordem de preferência das faculdades e conquistar uma vaga conforme sua classificação nesta seleção. Ambos têm participação contundente junto à Congregação

⁷⁹ Ata da Congregação da FMUSP de 13 de outubro de 1964, volume 7, p. 46v.

⁸⁰ Ata da Congregação da FMUSP de 13 de outubro de 1964, volume 7, p. 45-51v.

⁸¹ Ata da Congregação da FMUSP de 13 de maio de 1969, volume 8, p. 04.

⁸² Ata da Congregação da FMUSP de 08 de abril de 1964, volume 7, p. 24v-25.

⁸³ Ata da Congregação da FMUSP de 06 de agosto de 1963, volume 6, p. 296-297.

⁸⁴ Ata da Congregação da FMUSP de 27 de outubro de 1967, volume 7, p. 212.

na defesa da reforma do ensino na Faculdade de Medicina⁸⁵, mantendo, algumas vezes, uma unidade de ação e declarações, incluindo a verbalização de apoio recíproco⁸⁶. Ambos têm forte histórico de influência por atividades pregressas e concomitantes: Isaias Raw e seu trabalho junto ao IBECC (Instituto Brasileiro de Educação, Ciência e Cultura)⁸⁷ torna-se “*figura obrigatória em todos os debates sobre o ensino*” (ADUSP, 2004, p. 58), e Alberto Carvalho da Silva na direção científica da FAPESP exerce “*poderosa influência em prol da pesquisa científica*” (IDEM, *ibidem*).⁸⁸

Do núcleo duro inicial, relatado pelos entrevistados como composto por Alípio Corrêa Neto, Antônio de Barros Ulhôa Cintra, Isaias Raw, Alberto Carvalho da Silva, Eduardo Marcondes e Guilherme Rodrigues da Silva estes dois últimos acompanharão cotidianamente o Curso Experimental de Medicina. O primeiro na posição de coordenador geral, o segundo como coordenador da área de Medicina Preventiva.

Há que se estabelecer uma ressalva temporal. O professor Guilherme Rodrigues da Silva, indicado como figura forte do Curso Experimental de Medicina assume a posição de catedrático de Medicina Preventiva em 1967, quando o Curso Experimental de Medicina já havia sido aprovado para realização, ou seja, apenas considerando as datas registradas e não a proximidade e circularidade das ideias, professor Guilherme não estaria vinculado à Faculdade de Medicina no período de gestação primária do Curso Experimental de Medicina, situação sinalizada pelo próprio professor: “*Tive a satisfação de participar da comissão que organizou o curso*

⁸⁵ Cf., por exemplo, Ata da Congregação da FMUSP de 05 de novembro de 1965, onde Alberto Carvalho da Silva defende que não-médicos possam realizar a defesa de suas teses de doutoramento junto à FMUSP.

⁸⁶ Cf., por exemplo, Ata da Congregação da FMUSP de 22 de junho de 1965, onde Alberto Carvalho da Silva defende a composição multiprofissional do corpo docente nas cadeiras básicas, e é apoiado por Isaias Raw; de 13 de maio de 1968, onde defendem a reestruturação da Faculdade ao lado de Ulhôa Cintra.

⁸⁷ De acordo com Abrantes (2008, p. 148) Isaias Raw “*terá papel central na dinamização nas atividades de divulgação científica do IBECC/SP, assumindo uma liderança carismática engajada numa proposta inovadora de ensino de ciências, com participação ativa nos projetos de exposições científicas, clubes de ciências, programas de televisão, feiras de ciências, concursos científicos e produção de kits de ciências*”.

⁸⁸ Vale notar que o caso de Isaias Raw é bastante discutido e questionado em bases de ilegalidade, vingança e demonstração de poder. O professor era considerado candidato imbatível à seleção de catedrático de Bioquímica, e, mesmo sendo bastante jovem já trazia em sua história junto à Faculdade de Medicina, desde estudante, uma série de bolsas de estudos no exterior, participações em Congressos Internacionais, respeitabilidade internacional de tal monta que por ocasião de sua prisão em 1964 a comunidade internacional se mobiliza e se posiciona junto ao Governo brasileiro exigindo sua libertação. Desde 1952, então com 25 anos, era preocupado com a reforma do ensino de ciências, propondo a utilização de coisas do cotidiano para ensinar ciências e a necessidade da experimentação para o aprendizado. O professor é figura conhecida e pública, tendo, inclusive apresentado um programa televisivo e desenvolvido kits que levavam a ciência para todos. Cf., por exemplo: Giannazi, 2014; Abrantes, 2008; Cunha, 2007b; ADUSP, 2004; assim como textos do próprio professor Raw, 2012 (Acervo do Museu Histórico); Raw, 1994; e a declaração de Isaias Raw à Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo por ocasião de sua libertação da prisão em 1964 (Ata da Congregação de 13 de agosto de 1964, p. 45v-51).

experimental, em 1968”⁸⁹. Assim, o professor refere-se à integração da comissão de organização, a CODCEM e não a integração ao grupo que discutia a criação do Curso Experimental de Medicina. Entretanto, a força combativa diária junto à implementação e defesa do Curso, que impregnaria suas ações e posições faz com ele fosse alçado e compreendido como um dos integrantes do grupo de propositores originais.

Guilherme Rodrigues da Silva assume a posição de catedrático em 1967⁹⁰, na cátedra de Higiene e Medicina Preventiva criada há pouco mais de dois anos⁹¹ e vindo de uma formação médica na Faculdade de Medicina da Bahia com doutoramento pela Harvard University (Ayres & Mota, 2012).

PMP.2: Ele era um professor que não era formado aqui na casa, o que já significava alguns problemas. Esta casa /.../ tem um certo, digamos, repúdio, aos professores que não eram formados aqui na casa (+) hoje em dia se você auscultar os alunos, alguns acham que é isso mesmo: os residentes tem que ser os alunos da casa, as vagas tem que ser garantidas, enfim, houve várias coisas tenebrosas e preconceituosas que não vem ao caso aqui (+) mas o professor Guilherme rapidamente ao chegar aqui ele foi (+) tomou uma posição de liderança importante (+) na discussão, no debate. Ainda que (+) não sei se marginalizado é o termo, mas (+) não tendo oportunidade de ocupar os espaços que eu acho que ele seria bastante competente (+) direção da escola, direção de comissões, essa coisa toda nunca lhe foi oferecido, mas ele sempre foi uma voz EXTREMAMENTE importante em todos os debates, todas as questões que tinham respeito à reforma de currículo, era uma pessoa atualizada que conhecia o que estava acontecendo (+) e se engajou bastante nesse processo (+) e também ele teve uma participação importante na reforma sanitária brasileira /.../ era uma liderança reconhecida do ponto de vista político, do ponto de vista social, o que lhe deu então possibilidade de estar conduzindo, se envolver nesse processo todo do curso experimental, teve um papel extremamente importante na concepção do Hospital Universitário, trazendo ideias de fora, ele foi importante na concepção do centro de saúde-escola e na discussão dos rumos do curso experimental. Sem dúvida.

Professor Guilherme sofre, assim, com uma possível “xenofobia” da Faculdade de Medicina à época e acaba por ser preterido em diversas situações em que poderia trazer contribuições significativas, mas que não lhes foram ofertadas. Não foi possível averiguar se a “xenofobia” era datada, direcionada, contudo, a fala sobre sua existência é recorrente, entre os alunos e professores entrevistados, reforçando sua existência. A resistência ao professor pode ser percebida no depoimento de Sebastião de Almeida Prado Sampaio ao falar sobre a história de construção do Hospital Universitário e da comissão de desenvolvimento e implantação do Hospital:

⁸⁹ Depoimento de Guilherme Rodrigues da Silva à Walkíria Costa Fucilli Chassot componente da publicação comemorativa aos 20 anos do Hospital Universitário. Cf. em Chassot, 2001, p. 15.

⁹⁰ Ata da Congregação da FMUSP de 25 de agosto de 1967, volume 7, p. 182.

⁹¹ Ata da Congregação da FMUSP de 09 de abril de 1965, volume 7, p. 90.

Um dos membros era Guilherme Rodrigues da Silva, complicado, minucioso e segurava muito os processos (...) era um dos líderes da esquerda⁹².

E ser um dos líderes da esquerda também coloca o professor sob suspeição do Governo Militar, para além da resistência que a própria Faculdade de Medicina teria:

A1.3: alguns professores que sofreram. Guilherme Rodrigues foi um deles, que era da Medicina Preventiva. Tinha um outro (+) Euclides que também era da Medicina Preventiva (+) esse pessoal que tinha uma atividade mais, vamos dizer, social, eles ((refere-se a agentes da ditadura)) ficaram de olho bem perto deles. Eles realmente foram perseguidos (+) o Guilherme era uma situação meio estranha porque ele era baiano, preto, professor titular e ele era abertamente comunista. Então tinha tudo negativo pra ditadura ir atrás dele! Então ele foi um cara que foi meio perseguido.

O antigo aluno reforça a percepção de “xenofobia” que teria sofrido Guilherme Rodrigues. Aliado a suas escolhas políticas e ao cargo de visibilidade, sinaliza para perseguições que o professor e seu grupo teriam sofrido e que foram percebidas pelos alunos. É importante também acrescentar o baixo interesse da comunidade médica pela Medicina Preventiva: há fraca adesão à especialidade, aos seus conteúdos e práticas em diversas escolas médicas, assim como na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Marcondes, 1975) o que reforça um apartamento do professor Guilherme, já que representante máximo de uma especialidade pouco reconhecida e querida dentro da própria comunidade médica.

Eduardo Marcondes assume a cátedra interinamente após aposentadoria do pai, Pedro de Alcântara Marcondes Machado⁹³ e será aprovado no concurso em 1966⁹⁴, enfrentando resistências, conforme indica um antigo professor:

PMP.3. E o professor Marcondes, embora ele tivesse interesse no social, não era uma pessoa de esquerda. De jeito nenhum. Ele era filho do grande Pedro de Alcântara, então ele estava muito bem escudado nos catedráticos. Claro que várias pessoas (+) outros professores da pediatria tinham raiva do Eduardo Marcondes porque diziam que ele tinha ganho a cátedra porque ele era filho do Pedro de Alcântara - que foi o grande professor de pediatria dos anos (+) 40, 50 e tinha sido uma pessoa muito importante - (+) e alguns deles eu acredito, aproveitaram esse momento mais obscuro da história, juntando com a raiva que tinham, e deram um jeito de bloquear as propostas mais pra frente do professor e colocar o professor mais pra escanteio. Mas ele de jeito nenhum era uma pessoa de esquerda. (+) era uma pessoa assim (+) interessada numa reforma pedagógica, numa modernização (+) ele gostava bastante da pediatria social, mas naquela época (+) a pediatria TODA (+) ela tinha esse caráter menos patológico e mais (+) mais digamos social porque (+) as crianças eram vistas pelos pediatras para o bom desenvolvimento, de

⁹² Depoimento de Sebastião de Almeida Prado Sampaio à Walkíria Costa Fucilli Chassot componente da publicação comemorativa aos 20 anos do Hospital Universitário. Cf. em Chassot, 2001, p. 22.

⁹³ Ata da Congregação da FMUSP de 10 de agosto de 1964, volume 7, p. 42.

⁹⁴ Ata da Congregação da FMUSP de 02 de fevereiro de 1966, volume 7, p. 131.

prevenção e de promoção da saúde, não porque tinham muitas patologias. Hoje em dia que a pediatria é também uma área que tem também muitos especialistas em patologias. Mas antes não tinha.

Eduardo Marcondes tem de superar as resistências à sua posição conquistada por concurso e desenvolve trajetória na Faculdade de Medicina junto às reformas curriculares. O professor é lembrado por todos os entrevistados como o grande nome do Curso Experimental de Medicina vinculando-se sempre a discussões e iniciativas de mudanças no ensino médico. Defensor de uma formação médica que oferecesse oportunidade para o desenvolvimento de médicos preparados para atuar nos hospitais mas também oportunizasse a atuação nas comunidades, conforme expressa em seu artigo de 1975 (Marcondes, 1975), Marcondes não era unanimidade na Faculdade nem à época de seu concurso para cátedra, nem ao longo de sua carreira:

O professor Eduardo Marcondes ouvia e pouco argumentava. Eu, pelo contrário, procurava impor minha visão, e, geralmente, tinha apoio. A minha impressão do professor Eduardo Marcondes é de uma pessoa que está sempre inventando problemas, para procurar soluções. Complicava fatos simples para torná-los difíceis. Estava sempre propondo mudanças no currículo médico que malogravam. É o caso do Curso Experimental de Medicina que acabou sendo extinto. O professor Eduardo não tinha clínica, fazia tempo integral na Faculdade, e inventava reformas⁹⁵.

Este grupo de professores descreve trajetórias diferenciadas e marcadas por uma sucessão de atividades voltadas para a compreensão da educação médica a partir de outras bases que não a convencional formação técnica-médica, usual nos professores de medicina. Um grupo formado por indivíduos com percurso profissional e pessoal que aponta para a mudança, para a compreensão do processo formativo sob outras bases que não a que estava a decorrer na Faculdade de Medicina, e que foi a responsável por suas formações iniciais:

Nos anos 60, para nós, que construímos o curso experimental, o desafio de inovar o ensino médico era parte do orgulho de pertencer “À” Faculdade de Medicina, ao invés de dormir no berço esplêndido que o padrão A da AMA representou. Estávamos entre os primeiros do mundo (Raw, 1997, p. 135b).

A fala do professor Isaias Raw nos leva a perceber que o grupo de propositores do Curso Experimental de Medicina não estava negando a Faculdade de Medicina e sim buscando a retomada de uma posição de vanguarda que é incutida na construção social da Faculdade; posição que o grupo acredita que a Faculdade não está ocupando ao se manter alheia às novas tendências educacionais contemporâneas e se

⁹⁵ Depoimento de Sebastião de Almeida Prado Sampaio à Walkíria Costa Fucilli Chassot componente da publicação comemorativa aos 20 anos do Hospital Universitário. Cf. em Chassot, 2001, p. 23.

manter fixada ao seu tradicional *modus operandi* de formação médica. Este grupo diferenciado de professores aglutinados insere-se em um contexto sócio-histórico que permitiu que esta expectativa reformista ganhasse corpo.

Há, contudo, que se notar que os seis citados desse grupo têm uma dualidade de aceitação/resistência na FMUSP.

Ulhôa Cintra, o Reitor reformista, é visto como um perigo, tem contra ele mobilizadas as forças conservadoras da Faculdade, e vê sua trajetória incidir sobre sua base aliada que é expurgada ou calada no Governo Militar. Alípio Corrêa Neto é o catedrático de uma das clínicas cirúrgicas⁹⁶ e trava batalhas territoriais com os catedráticos das outras clínicas cirúrgicas; autoritário, é um dos fundadores do Partido Socialista e imprime sua visão do social em seu cotidiano formador, haja vista sua influência à concepção do Experimental. Alberto Carvalho da Silva tem seu conhecimento questionado e tem de travar uma disputa longa para assumir a cátedra conquistada por concurso; acaba por ser aposentado como reflexo a uma caçada por comunistas, e, paradoxalmente, descreverá trajetória excepcional em instituições norte-americanas.

Isaias Raw incomoda a FMUSP desde sua graduação; cientista reconhecido, enfrentará sérios problemas para realizar o concurso para a cátedra, é preso e acaba sendo aposentado e, tal qual professor Alberto, também terá trajetória profissional expressiva nos Estados Unidos antes de retornar ao Brasil. Eduardo Marcondes e Guilherme Rodrigues da Silva permanecem, mas não se pode dizer que tivessem penetrabilidade na Faculdade de Medicina; ao contrário, o primeiro enfrenta uma batalha para assumir a cátedra e é considerado um causador de problemas; o segundo, comunista assumido, é um estrangeiro na Faculdade e vincula-se a uma área médica de baixo prestígio.

Percebemos que o grupo propositor tinha força e legitimidade no conjunto, como um grupo coeso, mas essa força e legitimidade foram datadas pela facilitação de ataque que o governo militar permitiu. O grupo é recorrentemente atacado em sua posição institucional, em sua condição de expertise, em sua legitimidade disciplinar e

⁹⁶ Antes da Reforma Universitária da Lei 5540/68, a Faculdade de Medicina contava em sua estrutura administrativa com três cadeiras de Clínica Cirúrgica com territórios bastante delimitados: a 1ª Cadeira Cirúrgica tinha como catedrático Alípio Correa Neto; a 2ª Cadeira era de Edmundo Vasconcellos; e a 3ª Cadeira de Cirurgia, de Eurico da Silva Bastos.

moral, e os ataques atingirão o Curso Experimental de Medicina, pois o Curso estava direta e imediatamente imbricado em seus propositores, o que é reconhecido pelos entrevistados. O percurso dos professores é lembrado pelos entrevistados não apenas como relevante, mas como determinante para seu papel na proposição da mudança curricular, referindo-se a esse grupo como um grupo de professores progressistas, reformistas e preocupados com uma nova forma de fazer medicina.

PBQ.3: Se for para por uma marca no grupo, era um grupo progressista /.../ subversivo, mas não no sentido de mudar a ordem social. Não é ordem social. É a ordem da universidade, de certos aspectos da estrutura que eram arcaicas no sentido de que prejudicava um desenvolvimento mais amplo. Por exemplo, a cátedra.

PMP.2: tinha vários professores que eu entendia (+) com uma perspectiva mais dinâmica de pensar a medicina, pensar a formação em um currículo, ainda que não fosse revolucionária, mas que realmente daria uma formação mais EQUILIBRADA para o médico /.../ um grupo diminuto de professores um pouco mais progressistas, não necessariamente anti, não necessariamente de esquerda, pelo contrário se podemos dividir o mundo em direita e esquerda, mas você tinha professores que do ponto de vista da ciência se mostravam politicamente mais avançados do que o conjunto aqui da casa.

Os protagonistas do Curso Experimental de Medicina são considerados, então, progressistas, subversivos da ordem pré-estabelecida para a formação médica. Importa repisar que o Curso Experimental de Medicina é todo oferecido no período de exceção democrática brasileira com polarização política entre direita e esquerda de tal monta que definia as pessoas e relações (Motta, 2014; Netto, 2014), e esta polarização política se reflete na compreensão das posições tomadas pelos protagonistas, que acabavam por ser considerados não progressistas, mas “de esquerda”, comunistas, e, portanto, uma ameaça.

Para além de qualquer alinhamento político-partidário que pudesse - ou não - existir no grupo de propositores que justificasse tal alcunha, a proposta do Curso Experimental de Medicina trazia para a Faculdade de Medicina a necessidade de se pensar diferente, de se pensar na comunidade, nas pessoas em atendimento, e não apenas na prática médica, o que pode ser considerado como “de esquerda”, haja vista a filosofia que embasa os partidos “de esquerda” ser socialista em geral, em especial em um mundo polarizado entre esquerda-direita, capitalismo-socialismo, Estados Unidos-União Soviética. Ser “de esquerda” no período era ir contra a ordem estabelecida pelo Regime Militar e colher os frutos desta subversão através de prisões, cassações, e cerceamentos das liberdades civis, tal qual ocorreu com Isaias Raw e Alberto Carvalho

da Silva que passam por uma série de resistências internas, questionamentos de sua capacidade e legalidade de posição e acabam por perder seus cargos, mas é também o caso de Ulhôa Cintra, que vê sua trajetória ser desculpa para que a sua base de apoiadores na Faculdade de Medicina sofra repressões para que se instale uma norma convencionalista na Faculdade.

Estes protagonistas iniciais trazem para o Curso Experimental de Medicina sua própria trajetória/visão/ação de subversão, de preocupação com o social, suas próprias concepções de ser/saber/fazer médico e de construção de um percurso formativo. O lugar donde partem estes protagonistas é o filtro de seleção da construção do projeto Experimental de Medicina e ficará impresso no Curso como território inicial, território de partida que traz a reforma e a integração como motes.

4.1. COMISSÃO DE ORIENTAÇÃO DIDÁTICA DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA

Em outubro de 1967, Isaias Raw pede em reunião da Congregação que se autorize a criação de uma

comissão de orientação didática que deverá cuidar, particularmente, da estruturação do 1º e do 2º ano do curso a se realizar na Cidade Universitária⁹⁷.

A comissão é formada e então designada CODCEM, Comissão de Orientação Didática do Curso Experimental de Medicina. Com poder decisório mas submetida à Direção da Faculdade de Medicina, era composta por cinco professores e um aluno, sendo que dentre os professores um era escolhido como Presidente da Comissão, ocupando também a função de Coordenador Geral do Curso.

Esta Comissão se vale de uma estrutura de coordenação partilhada de apoio:

PFR.1: usualmente o que se fazia, é que tinha o coordenador do bloco. Que podia ser da fisiologia, da anatomia, da farmaco (+) tinha esse coordenador do bloco, então antes de começar o bloco a gente se reunia, às vezes mais de uma vez, pra distribuir um pouco a carga horária e tal “preciso disso, preciso daquilo”. Mas era (+)uma integração planejada. Tinha um coordenador de bloco e cada disciplina dentro do bloco tinha o coordenador de disciplina. E nesse conjunto se escolhia um coordenador do bloco, e então se planejava assim um bloco.

⁹⁷ Ata da Congregação da FMUSP de 02 de outubro de 1967, p. p. 207v-208.

Dada a estrutura curricular do Curso Experimental de Medicina, são 28 áreas de ensino e 36 disciplinas ou conjuntos de disciplinas distribuídas ao longo dos 4 primeiros anos do Curso, cada um com um coordenador. Além destes, há a figura do coordenador do semestre (ou do ano) que visa integrar melhor as ações das diversas áreas e disciplinas (Marcondes, 1975).

a convite da CODCEM, cada Bloco é coordenado por um único docente, com conhecimento amplo do sistema a ser ensinado, cabendo-lhe a função de organizar o ensino do Bloco em comum acordo com os demais elementos docentes que dele participam e em consonância com as recomendações gerais de caráter didático fornecidas pela CODCEM. O Programa do segundo ano, em seu todo, é supervisionado por um membro da CODCEM e por ela designado. Os coordenadores de Bloco, em 1969, foram os seguintes:

- I. Aparelho Locomotor: Prof. [não registrado no documento]
- II. Sistema Nervoso: Prof. César Timo Iaria
- III. Aparelho Urinário: Prof. Gerhard Malnic
- IV. Aparelho Digestivo: Prof. Silvano Raia
- V. Sistema Endócrino e Reprodutor: Prof. Armando A. Pupo
- VI. Sangue e Sistema Hematopoiético: Prof. Victório Maspes
- VII. Sistema Cardiopulmonar: Prof. Maurício Rocha e Silva Jr⁹⁸

Os coordenadores de áreas, semestres e disciplinas vão se alterando conforme o oferecimento e as indicações que se vão fazendo de professores. Ao longo das entrevistas pudemos observar que há certa permanência destes coordenadores, porém isso não é regra.

A CODCEM tem uma formação mais fixa e permanente, contando com mandatos. A formação inicial corresponde aos protagonistas propositores do Curso Experimental de Medicina, exceto Ulhôa Cintra. Assim, fazem parte da Comissão Alípio Correa Neto, Isaias Raw, Alberto Carvalho da Silva, Eduardo Marcondes e Guilherme Rodrigues da Silva, o que dá à Comissão uma representatividade formada por seus propositores, mas também uma capilaridade em diversas áreas do conhecimento médico. Nela estão representadas a Clínica Cirúrgica, por Alípio Correa Neto, a Clínica Médica, por Eduardo Marcondes, a Medicina Preventiva, por Guilherme Rodrigues da Silva, e as áreas básicas em crescimento, a Bioquímica, por Isaias Raw, e a Fisiologia, por Alberto Carvalho da Silva.

O primeiro presidente da CODCEM e coordenador geral do Experimental é Alípio Correa Neto, que assume o cargo no ano de 1967. Em janeiro de 1968 ele é

⁹⁸ Programas e Horários do 2º ano do Curso Experimental de Medicina aprovados pela Congregação. 1970. p. 1. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

aposentado pela compulsória mas se mantém no cargo ao menos até o mês de fevereiro de 1968⁹⁹.

Alípio Correa Neto aposentou-se. De repente, por decisão do Ato Institucional 5, o AI5, específica para a Universidade de São Paulo, foram aposentados dezenas e dezenas de professores. O AI5 é de dezembro de 1968, a cassação foi em abril de 1969. A CODCEM, fora o professor Alípio, tinha quatro titulares¹⁰⁰: eu, o professor Guilherme Rodrigues da Silva, da Preventiva, o professor Isaias Raw, da Química, o professor Alberto Carvalho da Silva, da Fisiologia. Esses dois últimos foram também aposentados pelo AI5. O professor Isaias Raw que era então o coordenador do experimental, foi cassado. Era diretor da faculdade o professor João Alves Meira e ele precisava indicar um titular para coordenador da comissão. O professor Guilherme, da Medicina Preventiva, não tinha a menor chance, porque a Faculdade de Medicina nunca aceitou o Departamento de Medicina Preventiva.

Então, sobrou pra mim, como se diz. João Alves Meira nomeou-me coordenador da Comissão Didática do Curso Experimental de Medicina, quando o curso estava no seu segundo ano. Peguei toda a papelada e descobri que havia um milhão de coisas a serem feitas, e resolvi dedicar-me ao curso integralmente. De início para cumprir uma obrigação, mas apaixonei-me. Fui indicado coordenador em 15 de maio de 1969¹⁰¹.

É possível entender a situação em que ficam a CODCEM e o Curso Experimental de Medicina a partir de 1969 com esta substituição de coordenadores. Inicialmente composta de cinco catedráticos, a Comissão tem maior representatividade e legitimidade junto à Congregação da Faculdade, a tal ponto de conseguir sua autonomia diante desta. A primeira perda acontece já em 1968, quando Alípio Correa Neto, braço forte junto à Faculdade de Medicina, se aposenta, e é substituído por Isaias Raw, nome forte mas controverso, ficando apenas quatro catedráticos na Comissão. Ao longo de 1968 a repressão política recrudesce e o Ato Institucional n.5 incide sobre a CODCEM retirando Isaias Raw e Alberto Carvalho da Silva. Restam, assim, no segundo ano de existência do Experimental, apenas dois catedráticos para a defesa do Curso sendo que um destes representa uma área mal quista junto à Faculdade de Medicina. Guilherme Rodrigues da Silva tinha fraca legitimidade junto à comunidade da Faculdade por associação à Medicina Preventiva, o que nos leva a aventar a situação de Eduardo Marcondes erguer-se quase sozinho para a defesa do Curso. Um catedrático novo que passou por um processo de questionamento de suas capacidades e legitimidade para assumir a cátedra.

⁹⁹ Ata da Congregação da FMUSP de 22 de fevereiro de 1968, p. 232-238v.

¹⁰⁰ A categoria funcional “professor titular” é utilizada a partir da Reforma do Ensino Superior (Lei 5540/68) para substituir a categoria “professor catedrático”.

¹⁰¹ Depoimento de Eduardo Marcondes à Walkíria Costa Fucilli Chassot componente da publicação comemorativa aos 20 anos do Hospital Universitário. Cf. em Chassot, 2001, p. 09

Eduardo Marcondes e Guilherme Rodrigues da Silva seguem na CODCEM por todo o período de sua existência, mas a Comissão se enfraquece já em 1969 e veremos que ela perderá uma grande batalha na manutenção de sua autonomia.

Após ser oficialmente criada, a Comissão de Organização Didática dá conta de sistematizar a organização dos primeiros anos do Curso Experimental de Medicina diante de uma série de ressalvas que são feitas ao seu projeto, quando de sua apresentação à Congregação¹⁰², ao lado de estruturar um regulamento próprio, sem os quais não pode ser iniciado o Curso. Em 22 de fevereiro de 1968 o anteprojeto do Curso Experimental de Medicina é discutido e aprovado¹⁰³, com isso o Curso pode, então, ser iniciado em 29 de março de 1968¹⁰⁴. Quando da reunião de discussão do anteprojeto que apresenta um regulamento de funcionamento do Curso Experimental de Medicina, a legalidade do CODCEM é questionada pelo parecerista do anteprojeto, professor Odorico Machado de Sousa, ao que Guilherme Rodrigues da Silva argumenta:

quando diz que o CODCEM é apenas um órgão interno sem existência legal. Ora, se ele reconhece o CODCEM como órgão interno da FMUSP, isto quer dizer existência legal perante a USP. Crê, porém, que o prof. Odorico quer dizer é que o CODCEM terá uma posição hierárquica dentro da estrutura da FMUSP, sem uma linha de acesso administrativa direta aos órgãos superiores da USP. Será um órgão subordinado e suas decisões mais importantes deverão ser referendadas pelo CTA esta Faculdade¹⁰⁵.

A posição na estrutura administrativa da Faculdade de Medicina que a CODCEM ocupa é nebulosa, ela tem poder decisório sobre o Curso Experimental de Medicina, responde à Diretoria da Faculdade de Medicina, mas não há explicitação da relação hierárquica e tampouco qual a prerrogativa que a Congregação da Faculdade de Medicina tem sobre decisões relativas ao Curso Experimental de Medicina:

Constantino Mignone, catedrático de Anatomia Patológica, pede reunião específica para decidir a posição que o CODCEM ocupa na estrutura da FMUSP, indicando que, caso o CODCEM seja considerado dependente da estrutura da FMUSP e o CEM uma extensão do curso médico, como catedrático tem o direito de indicar quem dará as aulas da matéria de sua cátedra. Caso o CODCEM seja considerado autônomo, então os catedráticos não têm ingerência sobre as disciplinas e o CODCEM deve responder apenas ao Diretor.¹⁰⁶

¹⁰² Ata da Congregação da FMUSP de 11 de julho de 1967, p. 194-198.

¹⁰³ Ata da Congregação da FMUSP de 22 de fevereiro de 1968, p. 236-238v.

¹⁰⁴ Ata da Congregação da FMUSP de 05 de abril de 1968, p. 239.

¹⁰⁵ Ata da Congregação da FMUSP de 22 de fevereiro de 1968, p. 237.

¹⁰⁶ Ata da Congregação da FMUSP de 17 de outubro de 1968, p. 275-277.

A CODCEM é considerada temporariamente independente¹⁰⁷ nesse período, ou seja, deveria responder apenas ao Diretor da Faculdade de Medicina e os catedráticos, tal qual a alegação, não poderiam interferir na seleção de professores e tomada de outras decisões acerca do currículo do Curso Experimental de Medicina, contanto que estas decisões não ferissem o regimento geral da Faculdade de Medicina tampouco da Universidade de São Paulo. Contudo, esta decisão é tomada condicionada à promulgação da Reforma Universitária, quando a indefinição sobre o futuro da Faculdade de Medicina diante da extinção das cátedras e da criação dos Institutos de Ciências Básicas ainda não estabeleceu o que poderia ser feito com a existência mesma do Curso Experimental de Medicina.

No ano seguinte, 1969, a discussão de autonomia da CODCEM é retomada em uma diversidade de ocasiões¹⁰⁸ e em outubro deste ano é decidido que a autonomia se encerra no ano seguinte¹⁰⁹, indicando a submissão da Comissão à Congregação e aos departamentos, criados pela Reforma. Não apenas aos departamentos e Congregação da Faculdade de Medicina, mas dos Institutos que abastecem o curso médico, a saber o Instituto de Ciências Biomédicas e o Instituto de Química, o que exige que a Comissão se reorganize e insira em sua estrutura não apenas representantes das várias unidades, mas também que se estabeleça prazos para a validade dos mandatos, submetendo à indicação das Congregações os novos membros. A partir de então, a Comissão ficaria composta por 3 professores da Faculdade de Medicina, além do coordenador geral, um professor do Instituto de Ciências Biomédicas¹¹⁰ e 1 professor do Instituto de Química¹¹¹, contemplando as três unidades com responsabilidade formadora no curso de medicina (Marcondes, 1975) e perderia sua autonomia, ainda que não fosse total.

Tendo Eduardo Marcondes como coordenador geral e ocupando uma das vagas na CODCEM, a Faculdade de Medicina tem mais três vagas na Comissão, uma de Guilherme Rodrigues da Silva, da Medicina Preventiva, e uma de Marcello

¹⁰⁷ Ata da Congregação da FMUSP de 30 de dezembro de 1968, p. 290.

¹⁰⁸ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 16 de setembro de 1969, p. 30v a 36; e Ata da Congregação da FMUSP de 27 de outubro de 1969, p. 43 – 46.

¹⁰⁹ Ata da Congregação da FMUSP de 14 de novembro de 1969, p. 57v-62.

¹¹⁰ Do Instituto de Ciências Biomédicas, o representante é Eros de Abrantes Erhart, da Anatomia, que tem seu mandato em 1972 (Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 30 de junho de 1972, p. 282-285v), sendo solicitada sua substituição ao Diretor do Instituto de Ciências Biomédicas. Não foi localizado o substituto do professor Eros junto a CODCEM.

¹¹¹ Não foi localizado registro do representante do Instituto de Química junto a CODCEM, porém, os entrevistados indicam que quem ocupa a posição é José Ferreira Fernandes, professor de bioquímica que substituiu Isaias Raw quando este é aposentado pelo AI5.

Marcondes Machado, da Clínica Médica¹¹², que são continuamente reconduzidos ao cargo. A outra área de peso da formação médica, a Clínica Cirúrgica é representada por Irany Novah Moraes, indicado pelo então aposentado Alípio Correa Neto, e que acompanha o projeto do Experimental desde o início, como podemos comprovar através da publicação de um seu artigo no jornal O Estado de São Paulo de 1967 onde apresenta a proposta do curso emergente¹¹³.

Quando, no ano de 1972 o mandato de Irany Novah se encerra, Eduardo Marcondes pede à Congregação que valide um substituto, já apresentando o nome de Arrigo Antonio Raia como indicação do Departamento de Cirurgia para ocupar o cargo. Há discordância com o nome que o Departamento de Cirurgia indica pois Arrigo Antonio Raia representa a antiga 1ª Cadeira Cirurgia, assim como Irany Novah. O professor Edmundo Vasconcellos, chefe da antiga 2ª Cadeira Cirurgia indica que um seu representante, Silvio Alves de Barros, assumira o cargo, pois assim haveria equilíbrio, já que a 2ª cirurgia sempre foi preterida no Curso Experimental de Medicina, sendo esta uma oportunidade de equilibrar as relações¹¹⁴. Após discussão, Arrigo Antonio Raia é eleito pela Congregação como representante e mantém-se na CODCEM até o seu encerramento¹¹⁵.

A substituição de Irany Novah demonstra uma das batalhas que o Curso Experimental de Medicina travava constantemente em sua manutenção junto à Faculdade de Medicina. Edmundo Vasconcellos não era especialmente favorável ao Experimental, ao contrário, em diversas oportunidades se manifestava contrário a ele na Congregação, contudo, não pode admitir ser descartado pelo Curso e preterido uma vez mais no processo de comando de um curso no qual não acreditava, tampouco se interessava. O interesse não é pelo curso e sim pelo poder que representaria a conquista da vaga junto à Comissão de Organização do Experimental através de um seu discípulo. Vale ainda notar que no ano em que se trava tal disputa, 1972, as cátedras estão

¹¹² A área de Clínica Médica será representada inicialmente por Bernardino Tranches, mas este pede desligamento ao final de 1968 e Alberto Carvalho da Silva indica Marcello Marcondes Machado, irmão mais novo de Eduardo Marcondes, que segue até o final do Curso Experimental de Medicina (Machado, 2012. Acervo do Museu Histórico).

¹¹³ Cf. Reforma do ensino médico por Irany Novah Moraes. Coluna Atualidade Científica do jornal O Estado de São Paulo de 21 de maio de 1967, p. 26.

¹¹⁴ Antes da Reforma Universitária da Lei 5540/68, a Faculdade de Medicina contava em sua estrutura administrativa com três cadeiras de Clínica Cirúrgica. A primeira era de Alípio Correa Neto, a segunda de Edmundo Vasconcellos e a terceira de Eurico da Silva Bastos, se aposentou e não foi substituído por força da reestruturação departamental, ao que no momento desta discussão, não encontrava um representante que pudesse defender os interesses da 3ª cirurgia.

¹¹⁵ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 30 de junho de 1972, p. 282-285v.

oficialmente extintas e os departamentos são a forma de organização da Universidade, contudo, o esquema hierárquico e “meritocrático” das cátedras ainda permanece e determina as relações que se estabelecem.

Além de uma Comissão de Orientação Didática inicialmente com relativa autonomia, o Curso Experimental de Medicina ganha uma outra batalha na constituição de seu território. Nos anos iniciais, a burocracia da vida acadêmica do Curso é separada da Faculdade de Medicina, constituindo-se uma secretaria na Cidade Universitária própria para atender ao Curso:

Usávamos salas de aula no Instituto de Química e no barracão da Histologia da Universidade. Em março de 1968 estávamos funcionando, sem investimentos em prédios, pessoal (um único funcionário administrativo foi contratado e colocado no meu laboratório e que me ajudava no Curso Experimental).¹¹⁶

Não exatamente uma estrutura de secretaria, mas um indivíduo com a função de organização e otimização dos processos administrativos acadêmicos dos alunos do Curso Experimental de Medicina, alocado – possivelmente de forma provisória - no laboratório do professor Isaias Raw e que acabou por constituir mais um ponto de distinção em relação ao Curso Tradicional de Medicina e à tradição da Faculdade de Medicina, pois este funcionário, reconhecido pelos entrevistados como o secretário do Experimental, é descrito como alguém com personalidade específica:

PBQ.2: Uma pessoa importante na (+) condução do curso e na instalação do clima, por exemplo, era o secretário geral do curso. E as personalidades do secretário geral do curso experimental e do curso tradicional não podiam ser mais divergentes! Não podiam! Eram absolutamente opostos! O /.../ secretário geral do curso tradicional era de uma postura MUITO conservadora, MUITO rigoroso, MUITO (+) enfim. E o secretário do curso experimental /.../ era de uma postura totalmente liberal, amigo dos alunos, e homenageado várias vezes. Ele tinha um TRÂNSITO junto aos alunos ótimo, excelente, e muito apreciado, muito querido pelos alunos, enquanto que no outro caso era uma oposição, um confronto permanente dos alunos. Aí havia uma colaboração, parceria (+) quer dizer o clima era muito diferente.

O funcionário do corpo administrativo da Faculdade de Medicina destinado a responder pelo Curso Experimental de Medicina assumia uma postura compatível com o Curso ao qual ele estava vinculado. Apreciado, não causava conflitos com os alunos, estabelecia uma relação de proximidade tal que os alunos confiavam nele e expressavam esta confiança nos ritos de passagem através de homenagens.

¹¹⁶ Raw, 2012, p. 47. Acervo do Museu Histórico.

A3.5: tem até um fato engraçado, eu estava de férias /.../ e de repente eu descobro que as matrículas já tinham sido encerradas. Porque houve um erro, eles publicavam no jornal, houve um erro (+) publicaram com prazo até não sei que dia, não lembro, e aí publicam uma outra coisa dizendo que já tinha sido encerrado. Aí eu voltei correndo, meu pai foi comigo lá no experimental, e o experimental era (+) primeiro nós fomos ao curso tradicional ((na Faculdade de Medicina)), é engraçada essa experiência porque mostra bem, entramos no prédio /.../ e aqueles painéis de madeira e aquela coisa toda, e daí “não, a secretaria do seu curso não é aqui. É na Cidade Universitária”. Então fui eu e meu pai lá, meu pai já foi prestes, pronto pra fazer um discurso, levou os recortes ((do jornal)) e chegamos lá no barracão, no barracão da Cidade Universitária onde era a secretaria do experimental, o secretário estava de bermuda ((risos)) “ah, não tem problema! Isso aconteceu mesmo! Não se estresse!” ((risos)).

A experiência do antigo aluno da terceira turma é bastante emblemática da representação que a secretaria do Curso Experimental de Medicina tem para o Curso. Sendo considerada como uma secretaria já na terceira turma pelo próprio secretário da Faculdade de Medicina que encaminha o aluno para a Cidade Universitária, vemos que esta não se localiza mais dentro do laboratório de Bioquímica, mas no barracão, a que supomos haver condições um pouco mais adequadas para o trabalho administrativo que em um laboratório, o que pode ser lido como uma melhoria nas condições de oferecimento do Curso¹¹⁷.

O depoimento do aluno dá conta do impacto que o Curso, através de sua secretaria, o primeiro contato, tem no recém-ingresso. Um impacto visual e conceitual. Primeiro, é necessário deixar a opulência da sede e seus “painéis de madeira” e descer para a Cidade Universitária, onde não foi necessária nenhuma humilhação, apenas realizar o procedimento administrativo pois a situação era conhecida e esperada. Segundo, quem recebe este aluno é um indivíduo como ele, um ser humano que cumpre os trâmites burocráticos mas expressa, em suas roupas – está de bermudas – em sua postura e fala – “não se preocupe” – que o Curso é acolhedor, é próximo o suficiente do ingressante para lhe ser assemelhado, para que o ingressante se reconheça já na figura do secretário. A contraposição, a recusa, o afastamento, o não acolhimento e não pertencimento se dá na mesma medida pelo secretário do Curso Tradicional de Medicina:

A1.3: o secretário da Faculdade /.../ que é ele cuidava de toda a parte burocrática da Faculdade, porque o diretor periodicamente rodizia e o secretário não, era sempre ele. (+) Ele chegou a mandar a gente embora da

¹¹⁷ Não foi localizado registro do período que a secretaria teria migrado do laboratório para o barracão e as referências dos entrevistados dão conta da secretaria na Cidade Universitária, sem indicar o local exato, exceto estas duas citações utilizadas.

Faculdade mais de uma vez! Ele descia as escadas lá da Faculdade e chamava que a gente era do Butantã, “você são lá do Butantã, você não tem nada o que fazer aqui na Faculdade!”, porque ele pessoalmente não aceitava as mudanças.

Vale notar que não há sinalização alguma dos entrevistados, alunos ou professores, de que o rechaçamento dos alunos do Curso Experimental de Medicina fosse personalizado, mas sim por sua representação associada à mudança não aceita pelo secretário da Faculdade de Medicina, assim como por outros funcionários e professores.

O lugar o Curso Experimental de Medicina é a Cidade Universitária e circunscrito àqueles espaços devem ficar os alunos. Através da constituição de um espaço administrativo específico para receber as matrículas e resolver as questões acadêmicas dos alunos do Experimental, o lugar do Curso se reforça e sedimenta “lá embaixo”. Não há motivos para que o Curso esteja na sede da Faculdade de Medicina, o Experimental não pertence à Faculdade, pertence à Cidade Universitária.

Contudo, há uma virada que leva a secretaria do Curso Experimental de Medicina de volta para a sede da Faculdade de Medicina. Os alunos entrevistados a partir da quarta turma não indicam nenhuma diferenciação, nada que fosse digno de relato, quanto à secretaria ou secretário do Curso, e na oitava turma, o relato é de fusão de secretarias e secretários sedimentando a formação médica dentro da “Casa de Arnaldo”:

A8.1: A secretaria dos cursos era a mesma. Era uma pessoa só numa época que não tinha computador e essa mulher não errava. Impressionante!

Não localizamos quando ocorre o deslocamento da secretaria, mas, é preciso ainda retomar que em 1968 a Reforma Universitária veta a duplicidade de meios para fins idênticos ou equivalentes¹¹⁸ e a existência de duas secretarias para a Faculdade de Medicina é uma duplicidade administrativa e configuraria a existência de dois cursos de medicina ofertados pela mesma Faculdade.

A leitura das Atas da Congregação da FMUSP indica que a existência do Curso Experimental de Medicina é questionada com bases na lei 5540/68 que proíbe a existência dos dois cursos na mesma Faculdade e são aventadas algumas possibilidades para a legalização do Experimental, como a sugestão de que ele fosse reestabelecido e

¹¹⁸ Lei 5540 de 28 de novembro de 1968. Art. 11. Inciso c: “*unidade de funções de ensino e pesquisa, vedada a duplicação de meios para fins idênticos ou equivalentes*”.

renomeado como um curso da Faculdade de Medicina fora da sede¹¹⁹; e também a sugestão de desvincular o Experimental da Faculdade de Medicina e vinculá-lo à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo ¹²⁰. Nenhuma das alternativas é aceita e inicia-se um movimento de pressão pela extinção do Curso Experimental de Medicina, o que poderia ser um motivador da fusão das secretarias, assim como da retirada de autonomia da CODCEM. A partir de 1970, a CODCEM perde a autonomia levando à sua incorporação à escala hierárquica da Faculdade submetendo-a à Congregação. Uma vez submetida a Comissão, os processos acadêmicos também teriam de ser submetidos à mesma escala e seriam integrados à secretaria já constituída na Faculdade.

Deflagrada pela lei federal, ou tendo-a como argumento contundente, a autonomia do Curso Experimental de Medicina e o lugar que ele ocupava na Faculdade de Medicina estão em processo de diluição. Duplamente o Curso se submete à Faculdade de Medicina, seja em seus processos administrativos acadêmicos, seja em seus processos administrativos didáticos. Não há mais o espaço físico de uma secretaria apartada do espaço físico da Faculdade de Medicina que representava um lugar construído na expectativa de integração e ruptura com o tradicional do Curso Experimental de Medicina. A secretaria posicionada em outro espaço e ocupada por um secretário moderno era uma representação forte do diferencial do Curso.

Ter uma organização curricular diferenciada era entendido como incompatível à estrutura burocrática normativa dos catedráticos, por isso é solicitada a separação do centro decisório, ao menos no que tange às questões didáticas estritas, o que acaba por corroborar a ruptura buscada pelo Curso Experimental de Medicina. Afastar as decisões do poder centralista do catedrático e aproxima-las do poder compartilhado constituído pela CODCEM é compatível com a concepção de integralidade e de redirecionamento do poder, descentrando-o do professor e centrando-o num coletivo. A ideia pode ser até certo ponto romântica, porém, funciona nos anos iniciais, quando o engajamento dos docentes é maior e a separação é mais patente. Com a submissão da CODCEM à Congregação, estas relações de poder se modificam, pois o catedrático – ainda que já não fosse mais época de cátedras e sim de departamentos – se

¹¹⁹ Ata da Congregação da FMUSP de 15 de maio de 1970, p. 90.

¹²⁰ Ata da Congregação da FMUSP de 23 de dezembro de 1970, p. 142v-143.

insinua e determina novas perspectivas. O poder é novamente concentrado e não há mais liberdade de decisão da CODCEM, todas as suas intenções devem passar pela aprovação da tradicional e parcial Congregação da Faculdade de Medicina que não vê com os melhores olhos a manutenção do Curso Experimental de Medicina tal qual.

III. CONCEPÇÕES FUNDANTES DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA

Quando nossa subjetividade atribui sentidos aos lugares, eles se tornam parte de nós mesmos. Eles constroem nossa história e neles deixamos parte de nós.

Maria Isabel da Cunha

O Curso Experimental de Medicina é articulado em um espaço-tempo de contestações e questionamentos políticos. É possível acompanhar sua trajetória rumo à aprovação na Faculdade de Medicina desde o ano de 1966, com um já instalado governo militar e suas ações de cerceamento das liberdades civis. A Faculdade de Medicina é impactada por estas ações e diversos professores, alunos e funcionários são colocados em suspeição, são presos, são cassados, são aposentados.

Ao mesmo tempo em que, o governo instalado em 1964 buscava dar conta de uma demanda da classe média que o apoiou, pedindo a expansão no número de vagas oferecidas nas faculdades, abrindo um precedente para que o Curso Experimental de Medicina fosse viável, ele cria um ambiente de repressão, que estimula a polarização e radicalização direita-esquerda, com denunciamentos e afastamentos dos então considerados subversivos, abrindo caminho para a exclusão de opositores e fortalecimento do conservadorismo. Neste movimento, são aposentados os professores Isaias Raw e Alberto Carvalho da Silva, e é abafada a força reformista de Ulhôa Cintra, destinando a Eduardo Marcondes e Guilherme Rodrigues da Silva sustentarem o Curso. O grupo de propositores do Curso Experimental de Medicina, que desenvolve e instala o Curso na Faculdade de Medicina, é reduzido a dois catedráticos novos e com espaços de legitimidade questionados, o que possivelmente refletiu na manutenção do status do Curso e corroborou para sua extinção.

Ato contínuo, a Reforma do Ensino Superior se impõe e abala a tradicional construção do ensino médico na “Casa de Arnaldo” e leva à sublevação de seus

professores que buscam, à medida do impossível, evitar o que eles consideram esfacelamento da “Casa” através da saída das disciplinas básicas para o Instituto de Ciências Biomédicas. Ao lado da irreparável perda do status e controle da formação que a Reforma impõe à Faculdade, ela também impede a duplicação de cursos semelhantes na mesma municipalidade, impacto frontal à co-existência do Curso Experimental de Medicina e do Curso Tradicional de Medicina, o que terá de ser cotejado com suas concepções para que compreendemos o caminho de extinção que o Experimental traçará e sua incorporação ao sistema formador da Faculdade de Medicina. É aqui que este capítulo se insere, na intencionalidade de discutir os elementos fundantes que constroem a concepção do projeto Curso Experimental de Medicina. Eduardo Marcondes assinalava, que havia uma tendência do ensino médico pela

valorização da medicina curativa, organicista e individual, com a máxima utilização do paciente internado no treinamento dos alunos. Tal enfoque não corresponde às atividades que a maior parte dos médicos desempenha no exercício da profissão. De fato, a exigência cada vez maior da sociedade no tocante ao aprimoramento da saúde (e não só da cura da doença) obriga a uma profunda meditação sobre a validade de uma estrutura curricular que não lhe dá inteiro atendimento. Isso porque, na realidade, o curativo não pode desvincular-se do preventivo, o orgânico do psicológico, o individual do coletivo e o paciente internado do de ambulatório (Marcondes, 1975, p. 173-174).

A sociedade despende um movimento no sentido de melhorar suas condições de saúde mais amplas e não apenas busca tratar suas doenças, entretanto, as escolas médicas não acompanharam esse movimento e seguem preparando médicos para tratar doenças e não cuidar da saúde. A medicina baseada na doença - que se vai consolidando desde meados do século XVI - tem de ser questionada, uma vez que ela não corresponde à realidade da ação do médico junto à sociedade onde ele se fixará e não é mais tempo de repartir o indivíduo em porções do corpo físico que serão tratadas e aparta-lo de sua característica constituição psicológica e social, incorporando ao exercício da profissão a dimensão de ser social, ser psicológico, ser integral e não fragmentário. Esse é um fundamento conceitor do Curso Experimental de Medicina que se desdobrará e articulará para constituir o projeto do Curso, conforme nos indicam seus propositores:

O Curso Experimental de Medicina introduziu uma série de ideias:

- a) Era indispensável integrar medicina clínica e social desde os primeiros anos do curso médico;
- b) O curso não poderia ser dividido em disciplinas artificiais, que não contemplavam o contínuo entre o que eram as oito cadeiras do curso tradicional, e a ciência biomédica desenvolvia;

- c) Os alunos deveriam aprender a aprender, o que não se logra em aulas teóricas ou repetindo experiências estereotipadas, mas nos livros e revistas, na biblioteca e nos laboratórios em contato com pesquisadores ativos;
- d) Para o nível do corpo docente atingir o dos grandes centros de pesquisas biomédicas é necessário uma massa crítica e a interação com especialistas de formação diversa: a integração das cadeiras básicas na Cidade Universitária e a criação de uma verdadeira Universidade era fundamental;
- e) O ensino médico exige não apenas um hospital terciário, mas o contato do aluno com o paciente não-hospitalizado e com a realidade da medicina no dia-dia. Para isto deve utilizar também um hospital que serve a uma comunidade e não aos casos “interessantes” do País, onde o aluno não é mão-de-obra mas estudante, e um posto de saúde (...)
- f) Inovação não é “uma” reforma curricular mas um processo contínuo de adaptação criativa ao desenvolvimento da pesquisa e da medicina (Raw, 1994, p. 134-5).

Indicando para uma mudança na forma de organizar os conteúdos, tornando o aprendizado menos artificial, mais integrado, voltado às necessidades maiores da população, Isaias Raw fundamenta o Curso Experimental de Medicina. Esta fundamentação encontra respaldo na declaração de objetivos do Curso que Eduardo Marcondes descreve:

Objetivos gerais do Curso Experimental de Medicina:

1. Educacionais, em relação aos alunos:
 - a) Pela utilização de técnicas de ensino adequadas, contribuir para o desenvolvimento da capacidade de estudar, sem desprezar o adestramento prático-manual indispensável para a prática da medicina.
 - b) Propiciar condições para a ampliação das opções para o estudante quanto às modalidades do exercício da profissão.
 - c) Oferecer, em especial, oportunidades para o desenvolvimento de uma mentalidade médica global, pela valorização (no planejamento do ensino do primeiro ao quinto ano) das áreas gerais em relação às especializadas e do indivíduo como um todo psicossomático em relação à parte doente.
2. De planejamento de ensino, em relação à Faculdade de Medicina:
 - a) Testar novos métodos de ensino no currículo de graduação médica, fornecendo subsídios para uma constante renovação das técnicas docentes.
 - b) Promover a integração da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo.
3. Da política universitária, em relação à Universidade de São Paulo:
 - a) Contribuir para uma nova formulação do ensino integrado de todos os currículos pertinentes à saúde (dentro do setor biológico) sendo indispensável, para este fim, a existência de um Hospital Universitário. (Marcondes, 1975, p. 175).

Sinalizando para a necessidade de repensar e aplicar a maneira de ensinar, aliando a habilidade com a competência, Marcondes se soma a Isaias Raw e nos ajuda a compreender as concepções expressas do Curso Experimental de Medicina, partindo de três questões distinguíveis que discutiremos ao longo deste capítulo: o papel que os

alunos e os professores desempenham e ocupam na proposta; a ideia e concepção de integração; a formação requerida para uma atuação distinta.

1. PAPEL DE ALUNOS E PROFESSORES

Partindo dos trechos supracitados de Isaias Raw e Eduardo Marcondes, observamos que Isaias Raw (1994, p. 134) traz o papel do aluno com bastante contundência:

Os alunos deveriam aprender a aprender, o que não se logra em aulas teóricas ou repetindo experiências estereotipadas, mas nos livros e revistas, na biblioteca e nos laboratórios em contato com pesquisadores ativos.

Chamado o aluno à responsabilidade de “aprender a aprender”, numa perspectiva de que ele seja capaz de reciclar e renovar seus próprios conhecimentos, imputando-lhe um papel ativo, participativo, comprometido com o percurso de sua própria aprendizagem, sendo fundamental que ele seja submetido a experiências diversas e estimulantes, e não à repetição de conteúdos, e levado ao contato com pesquisadores que possam colaborar neste estímulo, assim como com livros e revistas.

Uma vez que o aluno deve “aprender a aprender”, ao professor é colocado o desafio de “ensinar” o aluno a “aprender a aprender”, de estar disponível e próximo do aluno de modo a orientá-lo nesse processo, ao mesmo tempo em que aprende a trabalhar com a diversidade da formação de outrem como um complemento à sua própria e desenvolve seu senso crítico e habilidades de relacionamento e pesquisa.

Para o nível do corpo docente atingir o dos grandes centros de pesquisas biomédicas é necessário uma massa crítica e a interação com especialistas de formação diversa: a integração das cadeiras básicas na Cidade Universitária e a criação de uma verdadeira Universidade era fundamental (Raw, 1994, p. 135).

Eduardo Marcondes (1975, p. 175) reforça o papel ativo e participativo do aluno ao indicar a

utilização de técnicas de ensino adequadas, contribuir para o desenvolvimento da capacidade de estudar, sem desprezar o adestramento prático-manual indispensável para a prática da medicina.

Acrescentando que esta perspectiva tem de ser aplicada não apenas às questões mais teóricas e básicas, mas também à imprescindível prática manual,

indicando a preponderância de se compreender a atuação médica como uma atuação de intervenção junto ao indivíduo sob seus cuidados.

Testar novos métodos de ensino no currículo de graduação médica, fornecendo subsídios para uma constante renovação das técnicas docentes (Marcondes, 1975, p. 175).

No sentido da ação de fato, Marcondes indica que é papel do professor ser um utilizador de técnicas de ensino que estimulem as potencialidades do aluno ativo, o que é reforçado pela CODCEM, ao não recomendar

aula teórica expositiva. O aprendizado teórico se faz pela leitura, por parte dos alunos, de textos que lhe são recomendáveis ou fornecidos. Estimula-se a realização do seminário para cobrir os aspectos mais importantes da matéria, nos quais, os alunos em pequenos grupos, discutem entre si e com o professor e sob a orientação deste, assuntos previamente estudados. Recomenda-se ao professor a adoção de uma atitude não diretiva durante as discussões; cabe-lhe o papel de moderar-la evitando, entretanto, dirimir as dúvidas surgidas sempre que pressentir que elas poderão ser esclarecidas pelos próprios alunos no decorrer da discussão¹.

Não eram proibidas aulas expositivas convencionais, contudo, esta forma de aula não comunga com o papel que se quer que alunos e professores desempenhem, por isso, estimula-se o uso de metodologias de ensino ativas, que proporcionem o desenvolvimento das potencialidades, tanto dos alunos para aprender quanto dos professores para ensinar. O professor assume o papel de moderador das discussões e deve deixar que o aluno encontre as soluções através das discussões e pesquisas que ele realiza, intervindo apenas nos extremos.

Entre os entrevistados, há consonância quanto ao papel que alunos e professores deveriam assumir no processo, assim como as maneiras de se estimular e alcançar o cumprimento destes papéis:

PAT: nós abolimos COMPLETAMENTE todo tipo de aula teórica. Então, como era feito? Inclusive como o curso pedia muita integração entre a parte clínica e a parte básica (+) eu convidei um cirurgião na parte do digestório. Então a gente não dava aula teórica a gente fazia (+) a gente não adotava um livro de texto “tem vários livros de texto aí, vocês estudem esses livros de texto” /.../ Então dava um trabalho tremendo! Dava um trabalho forte porque no curso tradicional “abre o livro aí, estuda” você prepara a aula, dá sua aula, quando se trata de dissecar peça você diseca com o aluno e (+) ali a gente tinha que formular todo um curso com este sistema (+) mudar totalmente o sistema! Então a gente fazia roteiros de tudo que o aluno devia ver (+) na parte prática. (+) E na parte escrita como é que a gente fazia? Na parte teórica (+) a gente fazia aquelas, uma espécie de aulão, era eu e dois professores da clínica com os alunos “quais são as suas dúvidas?” NÃO TINHA AULA

¹ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p. 3. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

TEÓRICA. “quais são suas dúvidas?”, “ah, eu não entendi” a gente ia lá e mostrava. Então, a gente estimulava o aluno a desenvolver o raciocínio, até era um curso muito inteligente por sinal. Não era um curso ruim não. Era um curso ÓTIMO. E (+) isso praticamente (+) e ou no meio ou no final do curso a gente dava esses aulões, que não eram aulas, quer dizer, que o aluno externava suas dúvidas e (+) a gente respondia ali em 5 minutos, dois minutos, ou as vezes nem passava slide. Por exemplo em neuro. Nós abolimos completamente qualquer aula teórica de neuroanatomia. Eles pegavam o livrinho² do Eros ((Erhart)) (+) a gente pegava o livro, tinha lá no Bloco 30, que era onde a gente dava aula, tinha uma série de salinhas, até os alunos eles colaboravam de uma maneira espetacular! Eles adoravam o curso! Bom, eu mandei fazer slides (+) slides de cortes de neuro, eu pegava os alunos em grupos, em meia dúzia, dez, punha numa sala, e ali eu perguntava “um de vocês tem que me trazer um projetor de slides!”, sempre tinha um lá que tinha, ele trazia, ficava sentado no chão, ali numa cadeira, eles projetavam as lâminas e tinha um roteirozinho “ver tal fascículo, ver tal trato, tal, tal” e eles discutiam entre eles! INDEPENDENTE DO PROFESSOR! Então éramos 3 professores, a gente ia numa sala “vocês tem alguma dúvida, tal, tal” que aí eles estudavam sozinhos! Então era de certa forma, para o sistema antigo, um ensino revolucionário (+) de colocar o aluno em primeiro plano, não o professor! Então o professor ali, no caso de anatomia pelo menos, a gente se colocava num segundo plano, e deixava o aluno se desenvolver. Quer dizer, do ponto de vista técnico, era um curso muito mais avançado do que o aluno lá ficar na sala ouvindo o cara lá vomitando uma porção de assuntos. Eu por exemplo quando eu fiz o curso, as aulas depois do meio dia, eu dormia! Simplesmente eu DORMIA! Eu sentava lá no último nos anfiteatros lá da Faculdade, não é que eu fosse dormir, eu estava ouvindo, mas de repente começou a dar aquela alcalose pós-prandial “que se dane a aula do cara! Tem tudo no livro!”. Então, sob esse aspecto (+) o aluno gostou imensamente do curso experimental.

O depoimento do antigo professor indica o reconhecimento de que o aluno era o ator principal do processo, ele era chamado a cumprir seu papel no seu aprendizado, um papel mediado pelas escolhas do professor – que abre mão do controle absoluto, mas não de uma condução do aprendizado uma vez que os roteiros são pré-estabelecidos pelo professor - mas um papel de ação permanente, onde a passividade de assistir-ouvir-anotar não encontrava eco. O aluno tinha papel importante não apenas no seu próprio aprendizado, mas no aprendizado de seu grupo, seja pela discussão que poderia fomentar junto a seus pares, seja na obtenção de materiais para a execução das atividades, ao que nos leva ao não cumprimento do papel da instituição que, supostamente, deveria fornecer materiais para a realização do curso, mas não o fazia, deixando ao cargo de professores e alunos resolver a situação.

O professor reconhece a importância de uma aprendizagem ativa, ainda que indique o trabalho que essa preparação traz para seu cotidiano, assim, o trabalho era

² Vale o comentário em relação ao uso do termo “livrinho” pelo professor, que o faz exclusivamente por tratar-se de um livro de pequenas dimensões, com poucas páginas, em contraposição aos livros volumosos de neuroanatomia que eram utilizados na época. Não há demérito na terminologia, ao contrário, o professor verbaliza, adiante, o valor deste livro exatamente pela capacidade de síntese e simplificação do autor sem que se perdesse a qualidade da informação.

“tremendo”, era “forte”, não havia correspondência no Curso Tradicional de Medicina de tal demanda de atividade para que uma aula existisse, porém, ele assumia seu papel, o papel de criar as situações de aprendizado para que o aluno pudesse também assumir seu papel. Há uma série de declarações que corroboram e expandem a síntese do antigo professor, citamos apenas algumas:

PBQ.2: era muito marcante pra eles essa forma de trabalhar. E tinha a intenção de desenvolver neles a crítica, a autonomia, a capacidade individual, que a gente se via não como a fonte do conhecimento, mas como orientadores do estudo. Então eles estudavam e a gente ia lá pra discutir com eles, pra assessorar o estudo. A fonte da informação não somos nós, são os livros. É ali que eles tem aquela informação, agora a gente é um tutor, a gente tá orientando aquele aluno.

PBQ.3: os alunos passavam por um período de estudo com itens selecionados para essa finalidade, seguido por uma discussão sobre aqueles temas. A ideia era que o professor viesse o menos possível para que tudo surgisse dos próprios alunos, e que eles aprendessem a argumentar um com o outro e a aceitar outro argumento que não de autoridade, que é do professor.

PFR.1: o aluno do experimental tinha uma vivência de QUESTIONAR, de discutir “é assim mesmo? Que evidências existem mostrando que é assim”. Eram tipos de perguntas que nos nossos seminários apareciam (+) então numa discussão se você afirmasse alguma coisa, ele sempre questionava “professor, mas como é que você chegou nisso? Que experimentos, dados experimentais permitiram que se chegasse a isso”. E GENTE DO PRIMEIRO E SEGUNDO ANO! Tinha aluno as vezes até um pouquinho mais agressivo que dizia “professor, como é que você prova isso?” ((risos))

PIM: dava mais trabalho! Mas (+) era um trabalho gostoso! Que era feito com alegria, e vou dizer mais! Que também ajudava a gente a se preparar como professor! Porque você dar uma aula em que você tá no palco e fala só os tópicos que VOCÊ quer, é uma coisa. E agora você sentar com 20 alunos bem preparados, dentro de um roteiro, com livros à disposição, com uma ânsia de saber e tirar dúvidas, e sempre tem um caso do pai da mãe, sabe, você tem que tar muito mais preparado. E nós estudávamos bastante antes de sentar lá com os alunos. /.../ e a imunologia era uma (+) estava mudando muito os conceitos, estava fervilhando então era muito estimulante, o curso cobrava muito, então era um pessoal que sempre aceitou desafios. E a gente sabia que tinha que estudar muito! ((risos)) /.../ quantas vezes a gente não ficava na única biblioteca aberta a noite preparando aula, separando os textos, lendo os artigos originais pra gente se sentir seguro.

Professores são levados a um papel diferente. Ele é um tutor, um orientador, que assessora o estudo dos alunos e abre o espaço para que este aluno desenvolva sua criticidade, sua capacidade e habilidade de construção de um argumento. Ele não é o centro do processo, ele é obrigado a estudar muito para acompanhar os alunos, e não é o depositário do conhecimento. O professor tem sua posição subvertida e submetida ao processo, ele deve abandonar sua posição privilegiada de sustentáculo do saber e aceitar que o conhecimento se constrói. Ao mesmo tempo, o aluno também tem de assumir este

novo papel, de questionador e construtor de seu percurso, aceitando a tutela do professor mas questionando o conhecimento pronto e estanque:

PBQ.1: tem que dizer que AULA não ensina ninguém! Primeiro não se ENSI-NA, isso vale do grupo escolar até a universidade! O aluno APRENDE! O que é diferente de ensinar! ENSINAR é o sujeito, é o professor com a regüinha (+) dizendo: “decora a besteira que eu escrevi no quadro negro”! Isso não, não é sistema de educação. Pode ser um sistema de ensino mas não é um sistema de aprendizagem. /.../ [o aluno] tem que estudar, ele não tem que ser ensinado. (+) isso é o mais difícil de dizer pro professor que você não tem o circo de poder da aula! Né! Porque ele tá acostumado a DAR aula!

O professor de bioquímica (PBQ.1) pontua a problemática enfrentada pelo reposicionamento de alunos e professores no Curso Experimental de Medicina: o professor é destituído de seu palco. O poder decisório não lhe é mais concentrado, pois o aluno é quem conduz o processo. A ausência de aulas teóricas no estilo tradicional, conteudista e expositiva, causa um deslocamento e diluição de poder, pois as decisões, os percursos, os trajetos, as conclusões e discussões, não emanam do poder da autoridade constituída no saber acumulado que o professor representa, mas emana dos livros, das conversas, das pesquisas, das relações. Ainda que o professor exerça o poder da seleção primeira, o controle dele sobre o selecionado é mais tênue, pois no processo de procura desenvolvido pelo aluno as seleções se vão revisando, redirecionando, ressignificando. Destitui-se o professor de sua “cátedra” e instala-se o professor em sua “tutelariedade”. Ao lado e igualmente, destitui-se o aluno da “receptividade passiva” e o imbui da “construção ativa”.

2.1. ALUNOS EM DESTAQUE

Desde 1965, a Faculdade de Medicina aderira ao CESCEN (Centro de Seleção dos Candidatos às Escolas Médicas de São Paulo)³, permitindo que este curso de medicina fosse uma das opções dos candidatos do Estado de São Paulo, ao lado de outros curso⁴, portanto, o Curso Experimental de Medicina quando criado deveria ter respeitado este convênio na seleção de seus alunos, ao que leva a Faculdade de

³ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 06 de agosto de 1963, p. 296-297.

⁴ Além da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, faziam parte do CESCEN: Escola Paulista de Medicina; Faculdade de Medicina da Unicamp; Faculdade de Medicina de Sorocaba; Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu; Faculdade de Medicina Veterinária da Universidade de São Paulo; Faculdade de Farmácia e Bioquímica da Universidade de São Paulo (Sigueta, 1985)

Medicina a disponibilizar 150 vagas para 1968 e 175 vagas nos anos subsequentes⁵. Há, porém, uma especificidade na primeira turma do Curso. Dada a demora na liberação dos recursos financeiros para iniciar o novo Curso, não houve tempo hábil para acrescentar o Experimental como uma opção da Faculdade de Medicina, isso apenas foi possível a partir da segunda turma, levando à necessidade de uma seleção interna.

É possível acompanhar nas Atas de reunião da Congregação da FMUSP, em 27 de dezembro de 1967, a resolução de abertura de 100 vagas para 1968 para o curso de medicina e mais 50 para o Curso Experimental de Medicina, esta condicionada à obtenção de recursos pela Reitoria junto aos órgãos governamentais⁶. A verba apenas será noticiada como liberada em 15 de fevereiro de 1968, mesma data de início das aulas da turma do curso médico convencional, o que faz com que as aulas do Curso Experimental de Medicina fossem adiadas⁷ para início em 29 de março de 1968⁸ quando, não apenas haveria os recursos para recebimento dos 50 alunos a mais, mas também um anteprojeto do Curso sistematizando seu Regulamento específico⁹, o que até então não havia sido amplamente discutido em reunião de Congregação¹⁰.

Com a seleção unificada, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo pede ao CESCEM os 150 primeiros colocados no exame seletivo, ao invés dos 100 primeiros, levando a primeira turma do Curso Experimental de Medicina a uma situação peculiar. Apesar da liberação de verba ocorrer em meados de fevereiro de 1968, os alunos foram convocados em janeiro para que se lhes explicasse a situação de oferecimento de dois cursos:

As 50 vagas do CEM, que acaba de ser criado pelo Governo do Estado e que funcionará na Cidade Universitária, serão preenchidas pelos candidatos do CESCEM que o preferirem ao curso da Faculdade de Medicina de Pinheiros. Essa explicação foi dada ontem por dirigentes do CESCEM aos candidatos aprovados, ocasião em que explicaram que está aberto o voluntariado. Caso o número de optantes não preencha as 50 vagas, o critério então será pela classificação no exame. Os primeiros 100 ficarão na Faculdade de Pinheiros e

⁵ O a partir de então chamado Curso Tradicional de Medicina segue oferecendo 100 vagas (Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 11 de dezembro de 1961, p. 198-200); o Curso Experimental de Medicina oferece na primeira turma para o ano de 1968 50 vagas (Cf. Ata de Congregação da FMUSP de 17 de novembro de 1966, p. 161v) e 75 vagas para ingressantes a partir de 1969 (Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 20 de novembro de 1968, p. 281).

⁶ Ata da Congregação da FMUSP de 27 de dezembro de 1967, p. 219v.

⁷ Ata da Congregação da FMUSP de 15 de fevereiro de 1968, p. 228-228v.

⁸ Ata da Congregação da FMUSP de 05 de abril de 1968, p. 239.

⁹ Ata da Congregação da FMUSP de 22 de fevereiro de 1968, p. 236-238v.

¹⁰ Não foi localizado o texto apresentado à Congregação que consta do Projeto do Curso e seu Regulamento, apenas é possível acompanhar as discussões resumidas em Ata de Congregação de 22 de fevereiro de 1968.

os 50 restantes irão para o novo curso. Alguns alunos já optaram pelo CEM¹¹.

Entre os 150 melhores alunos, selecionados pelo CESCEM para ocupar as vagas nas escolas médicas do Estado, serão escolhidos 50 que irão frequentar o Curso Experimental de Medicina, a ser ministrado nas dependências da Cidade Universitária. O dr. Izaías (sic) Raw, presidente do CESCEM, reuniu-se ontem com os estudantes, a fim de fornecer informações sobre o curso recém-criado (...) O dr. Izaías (sic) Raw ouvia, muito pacientemente, as reclamações, por parte dos alunos que se julgavam prejudicados se cursarem o curso experimental¹².

É desta forma que os jornais A Folha de São Paulo e O Estado de São Paulo noticiam a abertura e coexistência dos dois cursos na FMUSP em 25 de janeiro e 24 de janeiro de 1968, respectivamente. Os candidatos são chamados, a situação lhes é explicada e, alguns dias após, o Estado de São Paulo publica a lista dos convocados a se matricular no Curso Experimental de Medicina¹³. A angústia é vivenciada pelos candidatos:

A1.3: esse foi outro problema que até hoje ninguém disse como foi exatamente. O que eles fizeram: você tinha o vestibular, ao invés deles escolherem os 100 primeiros que eram os que entravam, eles escolheram os 150 primeiros e (+) marcaram uma reunião em que explicaram o que ia acontecer (+) que tinha o tradicional e ia ter um curso que se chamaria experimental, e que não sabiam quando ia começar e que não sabiam aonde ia ser. Naquele momento ainda estava muito crua a coisa, mas já pegaram 150 pessoas. E jogaram as cartas na mesa. Eles disseram “quem quer ir pro experimental?” voluntariamente. E teve um grupo, que nós não sabemos se foi um, dois, quarenta ou cinquenta (+) que preferiram o experimental mesmo sem saber como era. E teve alguns que ostensivamente disseram “não. Eu quero fazer o curso tradicional”. Mas ficou uma faixa no meio, porque nós não sabíamos se tinha 100 que queriam ir pro experimental e eles tiraram alguns e mandaram pro tradicional, ou foi o contrário. Provavelmente foi o contrário porque todo mundo tinha medo. Eu particularmente queria ir pro tradicional, mas eu não tinha talvez nota suficiente. Eu não sei que CRITÉRIO eles usaram (+) pra selecionar ou não. Alguns /.../ já vinham de uma escola, a Escola de Aplicação que era /.../ uma escola de vanguarda naquela época, e tinha um pessoal (+) que tava muito interessado nos métodos didáticos, e esse pessoal que já era na época, vamos dizer assim, mais avançado, provavelmente ou parte deles, eles escolheram espontaneamente o experimental (+) mas eles nunca disseram qual foi o critério praquelas pessoas que ou não optaram (+) ou optaram pra um e foram parar no outro. Que foi o meu caso. Eu estava entre os 25 primeiros colocados /.../ se fosse pela classificação eu teria ficado NO TRADICIONAL. Mas não deve ter sido isso, ninguém sabe exatamente como funcionou isso, mas eles deram uma chance de escolher (+) e aí sim se formaram os dois grupos, um de 100, outro de 50, e os outros começaram imediatamente as aulas, e nós ficamos esse período de desespero pra saber o

¹¹ Folha de São Paulo, 25 de janeiro de 1968, p. 8, 1º Caderno.

¹² Estado de São Paulo, 24 de janeiro de 1968, p. 12.

¹³ Cf. O Estado de São Paulo. CESCEM apela aos candidatos. 04 de fevereiro de 1968, p. 28, onde é possível ler a lista completa, em ordem alfabética, dos 50 convocados a comparecer para matrícula na FMUSP para ingressarem no Curso Experimental de Medicina.

que é que ia acontecer, quando ia acontecer e SE ia acontecer. E quem deu a aula inaugural foi o Isaias Raw pra nós.

A1.1: eles queriam os 50 melhores alunos ((risos)) pra fazer! E logicamente a gente tinha que optar. Quer dizer: os 50 melhores ficaram nesse e os outros 100 no outro, mas a menos que você optasse por não querer ficar nesse. Alguns não quiseram (+) a maioria preferiu ficar, então, nós ficamos, nós fizemos o curso experimental. E o experimental começou com um pouco de dificuldade porque ele começou mais tarde do que o outro (+) demorou uns dois meses pra começar mesmo o curso porque (+) enfim! Tem aqueles acertos finais e vencer um pouco uma batalha política dentro da Faculdade, que tinham resistência a fazer o curso e tal, enfim, então demorou um pouco mais pra começar, mas depois (+) depois não teve problema (+) em termo de carga horária nós chegamos a ter até em certo momento uma carga horária maior que o curso da medicina.

P: então entraram 150, e os 50 primeiros foram convidados a migrar de curso?

A1.1: é, eles foram, eles foram, eu não sei como fez porque realmente eu não participei do detalhe nisso, eu peguei a coisa assim: eu estava indicado para fazer o curso experimental e eu poderia optar por não fazer.

P: a sua posição no vestibular qual era?

A1.1: eu estava entre os 50 primeiros, então eu podia optar por querer fazer o outro, mas aí quem (+) os do tradicional que ficassem mais lá pra trás eles não tinham essa opção não, quer dizer, se a gente optasse por lá, alguém de lá vinha pra cá. Aí era uma coisa assim. Mas foram poucos os que optaram por não fazer, muito poucos.

AC: Inclusive o Isaias Raw, eu me lembro muito dele falando, ele era muito sincero, muito honesto, e ele falava: “Eu não sei se isso vai dar certo! É uma experiência que nós estamos fazendo!”. E ele falou isso no anfiteatro da Faculdade onde estavam os 150 alunos que tinham acabado de entrar na Faculdade e que nenhum deles sabia se ele estava no tradicional ou no experimental! Ninguém sabia! Foram chamados os 150 primeiros. Chamou os 150 eles estavam lá sentadinhos. Eu estava lá sentadinho, apesar de eu já ser veterano, porque eu já era envolvido com o centro acadêmico, então, aquela história de mudar o currículo, então aquilo me interessava. Então eu lembro que eu também estava assistindo esse papo, essa palestra do Isaias Raw (+) e os 150 estavam extremamente INSEGUROS, com muito medo (+) e ninguém queria ir pro tal do experimental. O vestibular era feito assim. Você colocava primeira opção, e TODO MUNDO praticamente colocava como primeira opção a USP. A segunda opção era Escola Paulista de Medicina. Então o que acontecia NORMALMENTE, antes disso. Os 100 primeiros colocados iam pra USP, os 100 seguintes iam pra Escola Paulista de Medicina. Grosso modo era isso. Sempre podia ter algum que podia querer ir pra Ribeirão Preto porque morava lá, mas a maioria fazia isso. Quando chamaram os 150, 50 desses aqui se ele não fosse pro experimental ele tinha direito de pegar a Escola Paulista. Então ele falava: “Eu não quero entrar numa experiência, então eu quero ir pra Escola Paulista que eu sei que é uma escola MUITO BOA, escola reconhecida”, só que ele já estava fixado dentro da USP! Sem ter optado. Sem ter feito opção. Então foi muito tenso (+) esse dia aí. E o Isaias Raw (+) ele agia com muita TRANSPARÊNCIA, com muita SINCERIDADE. Ele não dourava a pílula, ele falava: “Não, vocês entraram na USP, os 150 primeiros estão na USP, e 50 vão participar com a gente de uma experiência”. Os alunos ficaram: “EU SOU COBAIA! Vou participar de uma experiência! e se não der certo?”. “Se não der certo, a gente volta pro currículo tradicional”, ele falava. Então, foi MUITO difícil. E aí o Isaias Raw fala: “Tem algum voluntário pra fazer parte dessa experiência?”. E esse candidato foi o único que falou que queria entrar no experimental. SEM SABER se ele tinha colocação pra ir pra um ou pra outro. Se ele estava

em primeiro ou em 150. Aí criou um clima, no fim o pessoal aceitou que (+) mas era colocado pra eles que poderia a qualquer momento acabar a experiência. Que era uma experiência. /.../.

P: então, esses 50 que foram não foram voluntários?

AC: não, não foram. Foi pela nota. Foi assim, do primeiro colocado: “Você quer ir pro tradicional ou experimental?”, aí o segundo: “Você quer ir pro tradicional ou experimental?”, mas obedecendo a listagem. Agora a GRANDE MAIORIA dos primeiros 100 ficaram no tradicional. Esse candidato eu lembro que foi um que manifestou antes de saber a nota que ele queria ir pro experimental. Mas a grande maioria foi baseado na (+) na colocação.

P: mas entre os 100 primeiros teve gente que quis ir?

AC: pouquíssimos. Pouquíssimos mas teve. Eu não sei te dizer o número, mas foi muito pequeno, não deu 10%. Entendeu? 90% dos 100 primeiros colocados quiseram ficar no tradicional. O curso que depois ficou conhecido como tradicional.

A seleção dos 50 ingressantes que migrariam para o Curso Experimental de Medicina é tensa e lida de diversas formas, com várias versões que incluem os primeiros, os voluntários, os últimos. Sendo oferecido aos 150 convocados pelo CESCEM para a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo os dois cursos, alguns optaram pelo Curso Experimental de Medicina, indicativamente poucos; alguns optaram pelo Curso Tradicional de Medicina, e foram deslocados a ele, outros não optaram e foram distribuídos, e são estes que causam a dúvida, se preencheu-se as vagas remanescentes primeiro do Experimental e depois do Tradicional, ou ao contrário.

Fato é que a seleção dos primeiros 50 alunos para compor a turma do Curso Experimental de Medicina foi permeada pela insegurança de ser levado para uma situação desconhecida e a primeira turma é formada por voluntários e por conduzidos. Os antigos alunos entrevistados nesta pesquisa dão conta de relatos de colegas que foram matriculados no Curso Experimental de Medicina, apesar de preferirem o Curso Tradicional de Medicina, e de colegas que não gostavam muito do Curso Experimental de Medicina mas não tinha escolhido um ou outro. Habitualmente convocando os 100 primeiros colocados para o seu curso de medicina que era considerado o melhor do Estado, quando, em 1968, são chamados 150 candidatos, é possível supor que todos acreditaram estar entrando neste curso conhecido e conceituado. Localizamos no jornal O Estado de São Paulo uma publicação de maio de 1967, uma coluna escrita pelo professor Irany Novah Moraes sobre um novo curso médico a estar se criando na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para início no ano seguinte¹⁴, contudo, não encontramos indícios que os convocados pelo CESCEM tivessem

¹⁴O Estado de São Paulo, 21 de maio de 1967, p. 26, Coluna Atualidade Científica.

conhecimento prévio do novo curso da Faculdade de Medicina, mesmo com a publicação da coluna n'O Estado de São Paulo. Assim, estes ingressantes são expostos a uma situação ímpar, sendo chamados a participar de uma experiência, que de acordo com um de seus idealizadores poderia não dar certo e ter de ser revertida. É de esperar o temor, é de surpreender que parte dos candidatos tenha se voluntariado a participar da experiência, independente das condições e dos resultados. Chama, assim, a atenção à menção aos candidatos voluntários oriundos do Colégio de Aplicação da Universidade de São Paulo, escola de experimentação didático-pedagógica vinculada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo, indicando que a aproximação à experimentação que estes alunos traziam os fez buscar uma continuidade da experimentação,

A1.2: eu posso lembrar alguns colegas que eu tenho certeza que fizeram opção. /.../ A maioria eram colegas que tinham feito o Aplicação Científico, o Colégio de Aplicação. Então eles já tinham alguma vivência, vamos dizer, de uma programação diferenciada. Então, eles tinham feito científico no Aplicação, e a partir dessa ideia que eles viveram que eles fizeram primeira opção pelo experimental. Eu diria que a maioria que fez era gente do Aplicação.

Reforçado pela declaração de um dos candidatos voluntários para cursar o Curso Experimental de Medicina ao jornal A Folha de São Paulo:

O curso da Faculdade de Pinheiros não me agrada, pois o esquema é antigo¹⁵.

Alguns são voluntários, outros são levados à situação, mas todos têm suas vagas garantidas na reconhecida FMUSP. A partir de 1969, o Curso Experimental de Medicina é oferecido como opção no processo seletivo do CESCEN, e inicia-se uma nova expectativa seletiva já que o Curso começa a ser conhecido e a ser escolhido pelos candidatos como primeira opção no vestibular.

A2.2: meu pai era professor da USP (+) e ele (+) estava na Cidade Universitária ficou conhecendo sobre o curso (+) e me orientou a me inscrever pro curso (+) porque ele achou (+) interessante a proposta inovadora de educação então me orientou. E eu tinha um amigo que estudava no colégio de Estado que eu estudava, que tinha entrado no ano anterior e estava fazendo a primeira turma do Experimental, e ele também (+) me dava muita informação, de modo que (+) não foi difícil pra mim fazer essa opção. Então foi assim que eu me inscrevi já direto pro curso Experimental mesmo.

Escolher o Curso Experimental de Medicina em primeira opção do vestibular CESCEN era “deixar de lado” as 100 vagas do Curso Tradicional de

¹⁵ Folha de São Paulo, 25 de janeiro de 1968, p. 8, 1º Caderno.

Medicina, uma vez que este curso era mais concorrido, mas era também a oportunidade de disputar uma vaga num curso médico que era menos concorrido e, apesar de novo, vinculado à mesma Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Faculdade reconhecida em sua potencialidade formadora de qualidade.

Os dados obtidos pelo Formulário on-line refletem a fala dos entrevistados ao indicarem que a medicina Pinheiros - como era chamada a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - era habitualmente a primeira escolha, seguida pela Escola Paulista de Medicina. A partir de 1969, com o oferecimento de mais uma opção na Faculdade de Medicina, a Medicina Pinheiros segue em primeira escolha, mas o Experimental assume a segunda opção dos candidatos, empurrando a Escola Paulista para terceira colocação.

Em uma análise mais aprofundada das escolhas indicadas no Formulário On-line, os 59 concluintes do Curso Tradicional de Medicina dividiram-se em segunda opção entre o Curso Experimental de Medicina (26 escolhas) e a Escola Paulista de Medicina (23 escolhas), majoritariamente. Entre os 44 concluintes do Curso Experimental de Medicina, 26 o tinham como primeira opção e 18 traziam como primeira opção o Curso Tradicional de Medicina. Entretanto, é interessante notar que o Curso Tradicional de Medicina aparece como segunda opção para 19 dos concluintes do Curso Experimental de Medicina ao longo de todas as turmas a partir de 1969, levando-nos a pensar que a escolha pelo Experimental foi bastante intencional, pois, partindo do princípio de que o Curso Tradicional de Medicina possuía um número de candidatos por vaga maior, colocar um curso mais disputado como segunda opção é certeza de não ser convocado.

Em números absolutos, o Curso Tradicional de Medicina segue sendo a primeira escolha, mas é significativo da identificação com a mudança a expressão deste curso em segunda opção para os concluintes do Curso Experimental de Medicina.

A3.1: na época a gente fazia a opção separada no vestibular, (+) e a primeira opção era o tradicional que todo mundo punha, e a segunda punha o experimental. Na verdade desde que eu fiquei sabendo no cursinho como que era a proposta do curso experimental, eu me interessei bastante e gostaria de fazer o experimental, aí até comentei com colegas meus que eu ia por a primeira opção o experimental, e o pessoal falou “não, você vai queimar 100 vagas!” que eram as 100 vagas do tradicional, não era bem isso a dinâmica, mas na época qualquer coisa que falassem a gente seguia direitinho, então eu pus primeira opção tradicional, segunda opção experimental e fiquei feliz porque eu entrei no experimental (+) que era uma coisa que eu conhecia um pouquinho de leitura e de ouvir falar.

A3.5: eu estava no cursinho e (+) foi um grupo do curso experimental falar sobre o curso experimental (+) e havia alguns alunos, minha turma foi a terceira, alguns alunos que deveriam estar no segundo ano nessa altura (+) eu não lembro se o professor Marcondes foi ou não (+) mas alguém entre os professores foi (+) e me CONVENCERAM. Eu achei muito interessante, era uma proposta nova e eu não gostava de coisa muito tradicional, nunca gostei, eu queria uma coisa mais revolucionária assim (+) então eu fiquei MUITO interessado (+) com essa proposta e pus a primeira opção então experimental, segunda Ribeirão Preto. Eu pus Pinheiros (+) o currículo tradicional lá por último, quer dizer, nunca eu pegaria porque num (+) num tinha jeito. Então eu queria mesmo o experimental.

Ao final, o risco poderia ser compensado com o ingresso no Curso que, mesmo iniciando, mesmo tendo uma proposta distinta e ainda não validada, era na reconhecida Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Além disso, renovação era a palavra de ordem:

A2.3: em 1968, durante o ano que eu fiz cursinho, éramos visitados por alunos de várias faculdades tentando fazer propaganda de seus respectivos cursos. Lembro-me de alunos da Paulista, convidando “olha, vem pra cá!”; fomos visitados também por alunos do Experimental, do qual eu já tinha conhecimento por alguns amigos um pouco mais velhos, ou irmãos de amigos. O entusiasmo era grande, e o modo como já me falavam sobre o experimental, como (+) algo arrojado, DIFERENTE, e (+) MODERNO (+) REVOLUCIONÁRIO! Caiu bem para os meus 17 anos e toda atmosfera cultural da época. Na hora de preencher a inscrição, escolhi o experimental como primeira opção.

A4.3: tive a oportunidade de encontrar um amigo de colégio que havia entrado no curso experimental, e ele ficou “faz o curso experimental, porque é muito melhor” /.../ os motivos alegados é que era um curso mais moderno, mais dinâmico e que tenderia a formar médicos melhores. Então, vamos nessa! Veja, é tudo o que os estudantes falavam na época, naquela ocasião.

Ser moderno, ser revolucionário, agregava valor ao Curso Experimental de Medicina já que oferecido em um momento histórico em que os jovens vestibulandos buscavam o diferente como forma de contestação da ordem estabelecida. A ruptura com

a ordem, a subversão implícita e explícita do projeto do Experimental atraía a juventude pré-vestibulanda que encontrava respaldo em sua escolha na divulgação do Curso realizada. É recorrente a escolha mediada por indicação de alguém que conhecia o curso, ou por falar ou por cursa-lo:

A3.2: eu sou um dos poucos que assistiu uma fala de alunos da escola do curso experimental, que foram no cursinho pra falar sobre o curso experimental /.../ pra fazer propaganda pra dizer “olha, o curso é assim, aí mudaram assim, o projeto num sei que e tal”. EU posso te dizer que durante todo o curso da formação e tal eu ficava esnobando (+) que eu fui um dos poucos alunos que colocou o chamado curso tradicional na última opção (+) eu pus primeira opção (+) curso experimental, porque todo mundo punha né curso tradicional, depois curso experimental e depois colocava a Paulista, aí variava, Santa Casa, Ribeirão Preto, né, os curso públicos. Mas eu fiz questão de colocar a Faculdade de Medicina da USP na última opção! Nem sei se a minha nota era suficiente pra entrar no tradicional ou não, mas EU não queria! ((risos)) então foi uma opção. Porquê? Porque na época eu já pessoalmente tinha muito mais interesse em coisas diferentes do que em coisas (+) tradicionais. Eu me considerava de esquerda, claramente na época né (+) bastante progressista e insatisfeito com as coisas e, portanto na hora que esse pessoal foi fazer essa fala, e eu nem soube nem nunca estudei currículo, nunca soube o que era bom o que não era bom, mas só de ouvir que era experimental e era diferente falei “ah, vai por aí!”.

A4.4: o experimental foi primeira opção minha. O que não era comum na época. Por quê? Porque eu tinha um cara anterior a mim, que era o irmão mais velho de um colega meu do colégio, que já era do experimental, e me levou, e me explicou o que era o curso experimental. /.../ Eu tinha orgulho de me dizer experimental primeira opção!

Com a divulgação do Curso e de sua proposta formadora, os candidatos começam a arriscar e a escolher o Curso Experimental de Medicina em primeira opção. Um curso diferente, moderno, revolucionário, palavras que ecoavam nos jovens como grandes motes e que acabam por se colar no Experimental.

No percurso das entrevistas, não há sinalização de que em alguma das turmas do CEM haveria um ingresso de maior quantidade de escolhas de primeira opção, ao contrário, sempre reconhece-se a existência de colegas que preferiram o Experimental, contudo eles constituíam parte menor da turma, chegando à metade dos ingressantes nas melhores estimativas. Essa perspectiva é também observada no Formulário on-line, onde, apesar da crescente procura pelo Curso Experimental de Medicina, ele não ultrapassa o Curso Tradicional de Medicina, o que nos leva à discussão da percepção das pessoas sobre o fenômeno e somos levados a crer que o Experimental incomodava a FMUSP em tal proporção que a percepção de sua predileção é distorcida. Os alunos gostavam, e muito, de seu Curso, mas isso não

representava uma escolha inicial prioritária majoritária. O poder de agremiação do Experimental se dava no espaço-tempo da participação enquanto aluno, destarte as ações de divulgação do Curso.

P: você acha que os alunos que escolheram o tradicional teriam aceitado essa estrutura do experimental?

PBQ.2: eu tenho certeza que sim. Se eles tivessem tido contato. Porque a estrutura era muito atraente, todos os alunos gostavam muito, então não sei porquê eles não (+) eu acho que a adesão seria muito fácil. Quando a gente começava esse curso e introduzia essa forma de trabalhar, a gente nunca teve nenhuma rejeição de aluno falar “mas como? Você não vai dar aula?”, “eu vim pra ter aula! Me ensine!” não, a adesão era imediata e muito entusiasmada, muito empolgada. O que é fácil, os meninos de 18 anos são pouco estruturados, eles aceitam as novidades com (+) pro pessoal esclerosado, mais velho é mais difícil! /.../ por isso eu tô supondo que os alunos do tradicional também aceitariam sim essa estrutura, porque eles não eram fundamentalmente diferentes, eles eram os mesmos meninos, passaram pela mesma seleção, eram os mesmos meninos, não tem diferença. AO LONGO dos seis anos eles iam se tornando diferentes, isso sim, porque o tratamento que eles iam recebendo era diferente. Era diferente. O pessoal do tradicional eles já tinham críticas à bioquímica e enfim, a forma como a gente conduzia, então já ia ((inaudível)) mas inicialmente não!

Contudo, os alunos do Curso Experimental de Medicina eram oriundos de um mesmo processo seletivo, de um mesmo estrato social. Eram alunos da Faculdade de Medicina tal qual os alunos do Curso Tradicional de Medicina, ao que concordamos com o professor ao dizer que o Experimental ia diferenciando os dois grupos. Apesar de alguns relatos da escolha pelo Curso Experimental de Medicina já ser derivada de uma postura diferenciada deste aluno, este diferencial poderia ser inibido, ou anulado, em um espaço-tempo curricular que não o permitisse.

Escolher o Curso Experimental de Medicina em primeira opção poderia representar a disposição e disponibilidade ao diferente, mas poderia representar também mais oportunidades para o ingresso, mais oportunidades de exercício profissional:

A5.1: eu entrei no experimental não porque eu entendesse mas como eu tinha uma propensão a fazer (+) pesquisa também, eu achava que o experimental era um curso de medicina aonde você teria chances de fazer pesquisa clínica. Eu não tinha nada, nenhuma ideia, então eu optei pelo experimental porque eu achava que era um curso que tinha muitas atividades básicas mas ali era um curso mais equilibrado entre a biologia geral e a biologia humana.

Ao mesmo tempo em que o Experimental parece ser uma abertura para novos horizontes na prática médica, há também certo desconhecimento do que o Curso propunha. O termo experimental não se referia a experiências no sentido médico, mas no sentido pedagógico. O mesmo termo que causou dificuldades para a primeira turma,

que temia ser feita de experiência, atraiu alunos nas turmas seguintes, exatamente pela possibilidade de experimentar, e na duplicidade de sentidos.

Com uma amostra de certa forma viciada - uma vez que a maior parte dos entrevistados nesta pesquisa fizeram a primeira escolha pelo Curso Experimental de Medicina - percebe-se que a escolha pelo Curso como primeira opção é baseada em indicação de que o Curso seria mais interessante, ou seja, todas as escolhas foram direcionadas. A tônica das escolhas permeia a mesma ideia, da inovação, da mudança, do diferente, expectativa relatada como inerente ao próprio indivíduo que escolhe.

Esta expectativa pessoal se une ao processo de aculturação que o Curso promove e, com respaldo na história de sua construção, acaba por levar o grupo de alunos do Experimental a ser reconhecido por seus pares, por professores, por funcionários, como comunistas, de esquerda, subversivos, haja vista a polarização política estabelecida no período, como indicam os entrevistados ao serem questionados sobre essa percepção:

PBQ.2: AH! CLARO! E ERA! Absolutamente! Subversivo em relação a subverter a ordem instituída tradicional, convencional e rígida e rigorosa e conservadora! NESSE SENTIDO. Nesse sentido! Quer dizer, como eu falei, os alunos usavam o cabelo mais comprido que os outros, que naquela época estava na moda os meninos deixarem o cabelo comprido, agora ninguém mais liga pra isso, mas na época eram os Beatles e era um sinal de rebeldia deixar os cabelos compridos. Então, nesse sentido eles eram taxados de SUBVERSIVOS. Então, havia episódios interessantíssimos! O pessoal dizia “aqui na técnica cirúrgica, aqui na cirurgia ou na sala de cirurgia não entra menino de cabelo comprido!”. Aí os meninos do experimental diziam “tudo certo. É uma questão de higiene, tudo bem. Mas as meninas também devem cortar o cabelo.” ((risos)) então, essa postura de oposição, de contestação, era muito típica de aluno do experimental, porque ao longo das próprias disciplinas eles eram (+) estimulados a, dentro da disciplina, a contestar, a perguntar porquê, a procurar razões, muito mais do que memorizar coisas, e isso fazia uma postura de vida que não ficava restrita à sala de aula. Então quando falava “bom, tem que cortar o cabelo”, queriam saber “porque? Porque que tem que cortar o cabelo? Se a minha colega tem o cabelo mais comprido que o meu e não precisa cortar!” então, esse tipo de postura eu concordo que eles eram subversivos NESSE aspecto, não no aspecto político-partidário! Não era isso. Mas eles tinham, e é isso que eu disse pra você, você distinguia os alunos do experimental do tradicional pela forma como eles se comportavam, pela liberdade deles, tudo.

PAT: olha, eu acho que sim. Porque todo indivíduo que é de vanguarda (+) ele procura coisas de vanguarda. Eu acho que, por exemplo, eu tive um aluno /.../ ele era da primeira turma do experimental. Era um pimentinha! De fazer comício! Era um aluno inquieto, agitado. Daí um dia ele desapareceu, ninguém sabia, morreu, não morreu. Aí 40 anos depois ele aparece na Comissão da Verdade. Então, eu não posso te garantir, porque esse é um caso, mas eles eram alunos mais inquietos, eram alunos mais reformistas digamos assim. Isso era realmente. Não que o aluno do curso tradicional não

o fosse, mas parece que havia uma certa tendência, não necessariamente de esquerda mas (+) fica um pouco no ar, mas (+) talvez o aluno que procurasse mais por uma coisa nova, talvez ele se identifique mais por assuntos que na época eram diferentes.

PBQ.3: é isso mesmo! O problema é que progressista num ambiente retrógrado é comunista. Eram progressistas simplesmente, porque viam as coisas diferentes. Que no grupo tivesse comunista, até tinha. /.../

Os antigos professores relacionam o Curso Experimental de Medicina à subversão da ordem estabelecida, à contestação, inclusive estimulada pelo próprio Curso. Independente da filiação partidária que pudesse existir, o questionamento verbalizado, a afronta às regras consideradas sem sentido, são a tônica dos alunos do Experimental.

O relato recorrente entre os entrevistados de uma maior participação política, de esquerda, estaria vinculada aos professores e alunos do Curso Experimental de Medicina, não encontra respaldo no Formulário on-line, que indica que parcela significativa dos alunos não participa nem da vida acadêmica da Faculdade de Medicina:

43% das respostas indica não haver participação nas atividades da Faculdade de Medicina além das de formação técnico-profissionalizantes; os 57% que participam o fazem através de atividades do CAOC ou de representações junto a órgãos colegiados. Ainda que a maioria dos alunos tenha expressado participar, a não participação é grande, mas é mais expressiva no quesito militância política, onde 67% dos alunos não expressa participação de natureza alguma:

A indicação de “outros” em militância é usada para sinalizar a oposição ideológica ao Regime porém sem vinculação partidária ou de outra forma. Há, assim, preponderância da ideologia de “esquerda”, uma vez que o Regime Ditatorial era de “direita”, porém, longe de ser unanimidade o vínculo, real ou ideológico.

Ao recortarmos estas duas questões restringindo aos que declararam participação na vida acadêmica (59) e na militância política (33) e distinguindo entre concluintes do Curso Experimental de Medicina e do Curso Tradicional de Medicina, teremos maior participação na vida acadêmica entre os alunos do Curso Tradicional de Medicina (40) do que dos alunos do Curso Experimental de Medicina (19), então numericamente, a proporção encontrada e a percepção não se corroboram entre entrevistados e Formulário. Ou seja, há maior quantidade de participações nas atividades acadêmicas entre os alunos do Curso Tradicional de Medicina, mesmo considerando que havia maior número de alunos do Tradicional.

Na militância política a quantidade de participação Tradicional/Experimental é muito próxima (17/15), o que leva a aventar que os alunos do Curso Experimental de Medicina tinham participação na militância política maior que o Curso Tradicional de Medicina, já que eram em número menor, o que aproxima a percepção dos entrevistados aos achados do Formulário.

Reforçamos que estamos trabalhando com um recorte de informações derivado de apenas 103 respondentes do Formulário on-line, porém, a percepção de que o Curso Experimental de Medicina seria mais de esquerda pode ser uma percepção próxima do real no tocante ao engajamento nas lutas políticas, nas ações e manifestações contrárias ao governo instalado que, somado à proposta curricular distinta de ruptura, reforçam a pecha de “comunistas”, de subversivos, do grupo do Experimental.

PMP.3: existia assim uma rixa entre os grupos (+) e uma certa (+) eles eram tratados mesmo como desiguais, e de fato as condições do experimental eram condições mais DURAS de instalações físicas mesmo. O que eles ganhavam em pedagogia, em professores interessantes, eles perdiam em materialidade dos laboratórios porque, realmente, era meio improvisado mesmo. Mas eu acho (+) eu tenho a impressão que rapidamente (+) a polarização dos conflitos foi em torno da ditadura e não do experimental. Acho que havia uma certa rixa, mas mesmo no interior do alunado (+) o que acabou acontecendo é os alunos do centro acadêmico e os alunos de fora do centro acadêmico. E não os alunos do experimental e os alunos sabe (+) acho que essa polaridade foi rapidamente substituída pela OUTRA polaridade, das pessoas que, enfim, ou defendiam ou tinham medo de arguir a ditadura, e aquelas que estavam na luta contra a ditadura. Rapidamente trocou uma coisa pela outra, é o que tá na minha lembrança. (++) E eu nem posso dizer se os alunos de um ou outro tavam mais em um ou outro. Isso eu não saberia dizer. Mas eu acho que não, porque (+) a origem dos alunos permanecia a mesma, era a (+) todos os alunos que vinham fazer medicina eles eram egressos, naquela época ainda, de bons colégios públicos. E eles eram egressos de bons particulares, RAROS, mas de bons públicos, frequente isso.

O antigo professor PMP.3 acrescenta à discussão: o que havia de diferença entre os cursos que pudesse ser considerar o Curso Experimental de Medicina subversivo, comunista, de esquerda, na contraposição do Curso Tradicional de Medicina de direita, regrado, cordato, é rapidamente sublevado por uma discussão mais vital, de sobrevivência, onde os indivíduos são divididos entre favoráveis e contrários ao regime, mas também, entre os que se arriscavam a se opor abertamente e os que não se arriscavam.

O rótulo que se constrói é anterior aos alunos, parte da história dos propositores do Curso - com suas próprias histórias de vida e com as convicções para a

formação médica expressas no currículo - e que encontra respaldo nos alunos que escolhem subverter a ordem convencional e se lançar na empreitada de construir junto o Curso, ou que são levados por força da metodologia de ensino que os obriga a participar ativa e coletivamente da formação técnico-profissional, bem como por força das adversidades de não ter um curso pronto e das resistências para que fosse aprontado.

A2.3: Estou falando como um todo, de forma mais generalizada. Na primeira turma predominou uma espécie de luto em algumas pessoas que não entraram (+) no curso tradicional, e muito medo, muita insegurança. Algumas coisas ainda não estavam organizadas. Nessa primeira turma, havia um grupo de veteranos que foram mais entusiasmados, compreenderam do que se tratava, se organizaram como grupo pensante e atuante e tiveram um contato muito estreito e uma grande colaboração com a minha turma. (+) Posso ilustrar esse estado de espírito, de não poupar esforços para que aquilo desse certo, com uma anedota: quase nenhum professor das cadeiras básicas queria dar aulas no nosso curso. Éramos vistos como barbudos, cabeludos, hippies, estranhamente informais em uma Instituição bastante formal e que prezava tanto a sua história e tradição. Foi difícil encontrar em professor de Anatomia que se dispusesse a ir até a Cidade Universitária nos dar aula. Outro departamento, não autorizou que nós usássemos o equipamento na Dr. Arnaldo. Nós então tivemos aula de anatomia na Veterinária, no barracão da veterinária; Para as aulas de neuroanatomia precisávamos ter uma sala escura para projeção de slides. Nos organizamos e durante a noite pintamos de preto os vidros de uma sala do barracão, que chamávamos de PPC (Pavilhão pluricurricular). E nosso entusiasmo acabou cativando esse e outros professores mais conservadores. Foram (+) importantes as modificações de currículo, mas ocorreram como parte de uma postura pedagógica que foi MUITO ousada e (+) acho que deu muito certo, pelo menos com a minha classe. Havia um diálogo constante com os coordenadores, não havia lista de presença, você era visto como responsável pelas suas escolhas e supostamente teria de dar conta das tarefas. Eu não lembro se havia professor que EXIGISSE presença (em contraste com o curso tradicional que tinha bedel e caça-gazeteiro). Boa parte dos textos teóricos, estudávamos (eu e mais vários colegas), nos dias de verão, na piscina da Atlética, em vez de usarmos a biblioteca. Não se exigia COMO dar conta, você tinha que dar conta. Poder discutir os vários assuntos em comissões paritárias, de alunos e professores, esse era o modelo de reflexão e encaminhamento de problemas, que depois eram reapresentados e rediscutidos nos Fóruns de Debates foi uma experiência vívida de participação, responsabilização e crescimento.

Ao lado da ausência de um espaço pronto para recebê-los, a ausência de registro de presença por outrem; ao lado da liberdade de ir e vir e vestir e se expressar, a exigência do estudo e dedicação. Assim vai se construindo um público para o Curso Experimental de Medicina, que, mesmo que possa não ter sido majoritário em primeiras escolhas vai encontrando o seu lugar em uma estrutura hierárquica e tradicional que a Faculdade de Medicina mantinha e marcando essa estrutura na interface das resistências e cessões.

2.2. PROFESSORES MEDIADORES

Seria de esperar que um projeto curricular que se pretende diferente do projeto vigente buscasse em seus executores características específicas que indiquem a condição de fazer diferente, assim como solicitasse a esses executores que se comprometessem com a realização compatível, ou seja diferente, do projeto. O CEM parte dessa premissa para buscar seus professores:

Instituído o Curso Experimental a Congregação da Faculdade quis colocar sob seu controle o curso e teve que manter uma acirrada discussão. Disse que certamente os atuais professores aceitavam o atual curso como o melhor portanto não se interessariam por alterar o currículo. Apenas aqueles que quisessem passariam a ensinar no Experimental, coordenados com um Conselho que formariam, sem que se submetesse a Congregação¹⁶.

A fala de Isaias Raw junto à Congregação da FMUSP indica dois aspectos para a seleção, o voluntariado do candidato e aceitar submeter-se a um Conselho¹⁷ que regularia as ações docentes. Implicitamente está colocado que o professor teria de concordar com a concepção do Curso Experimental de Medicina, a partir da aceitação da proposta curricular, ao mesmo tempo em que aceitava se submeter às regras de outro órgão gestor - que não era o seu próprio catedrático - que regularia sua ação, porém esta regulação se daria de forma partilhada, pois o Conselho é formado por eles mesmos, pelos próprios professores. Assim, o candidato a professor do Curso Experimental de Medicina é chamado a ser copartícipe, a assumir seu papel de cogestor. Ele seria um interessado na proposta e teria de se comprometer com ela duplamente, no âmbito do ensino e no âmbito administrativo.

Nesta perspectiva, é possível compreender a fala do professor Charles Edward Corbet, catedrático de Farmacologia da Faculdade de Medicina, em relação ao processo adotado pelo Conselho para seleção dos professores e a exclusão da sua cadeira do processo:

A seguinte exemplificação caracteriza aspectos de suma gravidade quanto ao tratamento dispensado pela CODCEM a docentes desta Faculdade que puseram seus préstimos a serviço do Curso Experimental de Medicina. A) no caso da Disciplina de Anatomia Patológica do Curso Experimental de Medicina foi aberto concurso para escolha do professor. B) no caso da Disciplina de Imunologia, a escolha se fez por outro processo, permitindo-se

¹⁶ Raw, 2012, p. 47. Acervo do Museu Histórico

¹⁷ O Conselho de Orientação Didática do Curso Experimental de Medicina (CODCEM) é um conselho deliberativo do Curso Experimental de Medicina que se submete à diretoria da Faculdade de Medicina.

simples entrevista com um professor associado desta Faculdade, especialista na matéria, o qual, entretanto, teve rejeitada sua disposição em colaborar, conforme se vem a saber quando ele mesmo denunciou o fato perante esta Congregação. C) no caso da Farmacologia, prevaleceu um outro sistema de pesos e medidas: foi ignorado o oferecimento de colaboração. Assim, ao perceber que o CODCEM não desejava qualquer colaboração de minha parte – em sucessivas oportunidades nesta mesma Congregação – propus várias vezes, aqui mesmo, que se entrosassem com o meu assistente Armando Octávio Ramos, elemento com largo acervo de experiência em diversos sistemas de ensino e que obteve, nesta Faculdade, os graus de Doutor em Medicina, Docente-livre em Farmacologia e de professor de disciplina em Terapêutica Experimental. No entanto, a CODCEM não abriu concurso, conforme o fez em relação à Anatomia Patológica; tampouco entrevistou o candidato, conforme o fez em relação à Imunologia. O desinteresse pelos farmacologistas desta Universidade, em São Paulo, manifestou-se publicamente durante o Foro de Debates que se realizou, nesta Faculdade, no ano passado. No entanto, somente há cerca de um mês vim a saber – ao acaso de uma ligação telefônica a mim erroneamente endereçada – o nome de um dos docentes de Farmacologia do Curso Experimental de Medicina, aliás trazido por período curto da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto¹⁸.

Antes de seguir, é preciso pontuar que o professor Charles Corbet era pouco favorável à existência do Curso Experimental de Medicina, expondo em Congregação sucessivas vezes seu contragosto com a forma e com o conteúdo do projeto. Além de opor-se ao projeto do Experimental, ele também se opunha, em ideias e ideais, ao grupo de propositores do Curso¹⁹, situação semelhante era encontrada na cátedra de Anatomia Patológica. Isto posto, é possível que a recusa de aceitar a indicação do pupilo de Corbet para assumir a Farmacologia no Experimental esteja relacionada a este desencontro filosófico. Todavia, fato é que a fala de Corbet à Congregação nos leva a perceber que não há uma regra estabelecida para seleção de professores. Houveram professores que foram buscados em outras unidades da Universidade de São Paulo, preterindo professores locais considerados qualificados para desempenhar a função; outros foram apenas entrevistados; outros submetidos a seleção formal através da abertura de concurso; ou seja, há uma diversidade de formas de chegada dos professores ao Curso

¹⁸ Declaração de Charles Edward Corbet, catedrático de Farmacologia, à douta Congregação da Faculdade de Medicina. Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 27 de outubro de 1969, p. 44v-45.

¹⁹ Citamos apenas dois exemplos do conflito entre o professor Charles Corbet e o grupo que propõe o Curso Experimental de Medicina presentes todos nas Ata da Congregação da FMUSP: em 22 de junho de 1965, a contratação de não-médicos para ministrar aulas para o curso médico é discutida e traz declaração de rejeição de Charles Corbet e aprovação de Alberto Carvalho da Silva e Isaias Raw, situação similar à defesa de teses por não-médicos junto à Faculdade de Medicina, encetada em 05 de novembro do mesmo ano; em 22 de fevereiro de 1968, o anteprojeto do CEM é apresentado para discussão pela Congregação e é pedido que seja aprovado sem prejuízo de emendas pois o Curso precisa iniciar, Corbet se diz indignado que tal situação tenha chegado a este ponto, apesar de ter protocolado um pedido específico para que tal discussão se desse em tempo, Alberto Carvalho se manifesta indicando que o CEM seria matéria de discussão por anos na Congregação e que nesse momento ele tinha que ser iniciado, ao que Charles Corbet reage indicando estar sendo proibido do livre debate e que encerra em definitivo suas contribuições e discussão quanto ao Curso.

Experimental de Medicina, como é possível constatar nos relatos dos professores que foram aqui entrevistados:

PMP.1: Então a primeira verba que apareceu (+) chegou no departamento [de Medicina Preventiva] pra contratar docente veio com rubrica de experimental, mas eu nunca “é do experimental só dá aula no experimental” eu dava aula nos dois e o Guilherme [Rodrigues da Silva] não fazia essa divisão (+).

PBQ3: O curso tinha novidades. Estava nascendo a biologia molecular /.../ Essa disciplina foi incluída pelo responsável pelo curso, o professor Isaias Raw. /.../ [que] pediu para o meu orientador para dar essa disciplina. Ele respondeu que daria, porém precisaria de um assistente, sugerindo o meu nome, já que eu tinha experiência no tema. “Está bem” disse Isaias, “assine o contrato na Faculdade de Medicina”.

Contratação mediada pela indicação de um docente mais experiente e diretamente escolhido pelo grupo de idealizadores do Curso, mas também a necessidade de buscar abastecer o Curso com conteúdos novos e emergentes na medicina, aproximando o Curso Experimental de Medicina das novidades, fazem parte da forma de seleção dos professores do Curso.

É preciso pontuar que o início do Curso é período de vigência das cátedras, e os catedráticos tinham a prerrogativa do contrato e destinação de docentes para as aulas, e é nesse sentido que lemos a fala de Corbet à Congregação e a solicitação de autonomia da CODCEM para designação de professores. Submeter uma designação de professor do Curso Experimental de Medicina à lógica instaurada das cátedras era possivelmente reproduzir no Experimental a lógica didático-pedagógica do Curso Tradicional de Medicina, ainda que existisse uma organização dos conteúdos diferente. É nesse sentido que a fala de Isaias Raw é determinante ao recusar a interferência dos catedráticos no Experimental. Com a estrutura rígida e hierárquica das cátedras, supunha-se que o Curso não poderia cumprir com o seu desígnio de também modificar o papel do professor e a relação professor-aluno com a introdução de estratégias de ensino distintas, o que de fato acaba acontecendo no correr dos anos de sua existência:

A5.1: a gente conversava muito com as turmas (+) anteriores (+) e a gente já sentia que o curso estava sob pressão no sentido de mudanças em relação à sua concepção original. Quer dizer (++) o curso de patologia que eu tive já era um curso careta de aula expositiva. O curso de patologia que as primeiras turmas tiveram era muito parecido com o de bioquímica, você ia estudar a informação, você injetava um treco e você, no bicho, via a inflamação, via como inflamava.

A8.1: a impressão que a gente tinha era assim: a gente teve um curso EXPERIMENTAL no primeiro ano depois já começou (+) por exemplo, o

curso experimental não previa aula teórica. Ou previa aulas teóricas assim muito pontuais. Eu no terceiro ano, por exemplo, quando eu passei no bloco de Doenças Infecciosas /.../ a gente teve UM MONTE de aula teórica. Porquê? Porque o professor titular, que havia assumido em 76 pra 77, ele achava que todo mundo tinha que dar aula e acabou. Entendeu? Então a gente era obrigado a sentar lá e ouvir um professor entrar e falar assim “ah! Então quer dizer que vocês é que são do tal do experimental?” ficava olhando duma maneira assim meio, depreciativa, assim, e alguns até diziam “só tô aqui porque eu sou obrigado, porque eu não gosto desse curso” (+) isso a gente teve que ouvir no terceiro ano.

Os anos iniciais do Curso Experimental de Medicina contavam com uma CODCEM autônoma para a indicação de professores, o que se reflete em ações e proposições no cunho da concepção do Curso. Uma CODCEM sem autonomia leva a indicação de professores de volta para a Faculdade de Medicina e submete o Curso aos antigos catedráticos e as distorções do modelo começam.

O temor se concretiza, mas inicialmente, um grupo potencialmente mais jovem, é o grupo que se forma de docentes do Curso Experimental de Medicina, partindo do princípio de que estes seriam mais flexíveis, com menor enraizamento de convenções, e menor tempo de exposição às tradições aculturadoras que poderiam levar ao imobilismo:

P: vocês do curso experimental eram professores mais jovens?

PAT: geralmente.

P: mas vocês foram designados/

PAT: por aqueles professores mais velhos.

P: como que vocês foram escolhidos?

PAT: olha (+) nós fomos escolhidos por estarmos numa posição já ascendente da carreira, nós não éramos principiantes, eu já era livre docente. Foram pessoas que tinham já uma boa experiência no seu setor e que foram designados. Praticamente todos os docentes com que eu travei contato, todos eram pessoas assim que podiam perfeitamente ir pra qualquer curso. Eram pessoas bastante qualificadas e foram indicadas pelos titulares, quer dizer, eles tinham que indicar pessoas já mais qualificadas.

PBQ2: A maioria [dos professores era jovem]. Porque dentro da Faculdade de Medicina houve uma certa divisão. Os docentes de lá não quiseram participar do curso experimental e não quiseram dar aulas pro experimental. Então, algumas disciplinas, ou inserção de algumas disciplinas, a própria anatomia eu acho que não dava aula para os alunos da medicina. Então foram contratados outros docentes.

PMI: a gente tinha um professor, que era o responsável pela parte clínica, (+) das moléstias infecciosas (+) NO curso Experimental, e ele (+) começou já a querer levar jovens pra fazer a equipe dele, porque ele falava, “se eu levar os assistentes já antigos eles já vão com vícios do (+) do curso tradicional” e ele queria pessoas (+) que pudessem fazer uma estruturação (+) diferente, né! Que era a proposta do curso Experimental, ele falou “o único jeito é eu pegar (+) assistentes jovens”, quais eram assistentes jovens? não existiam, então ele pegou os residentes né (+) o grupo de residentes, então desde o primeiro dia

ele já começou a treinar a gente pra fazer, pra ser docente (+) e no segundo semestre.

O início do Curso Experimental de Medicina contava com verba destinada à contratação de docentes especificamente para o Curso, o que foi possível em alguns setores. Com a recusa de participação de alguns professores da Faculdade de Medicina, e com a resistência e oposição declaradas de alguns catedráticos, o Curso buscou professores em outros locais, como Farmacologia, vindo primeiro de Ribeirão Preto e posteriormente do grupo da Farmácia que compôs o Instituto de Ciências Biomédicas; e com a Anatomia, que é inicialmente oferecida pela Odontologia.

Jovens mas qualificados técnica e emocionalmente. Escolher os residentes, ou professores mais jovens, significa a possibilidade de moldar, de se submeter este indivíduo ao processo de aculturação na filosofia do Curso Experimental de Medicina, significa trabalhar com indivíduos que não trazem os vícios da docência tradicional, ainda que formados por professores tradicionais. Mas também significa mais uma subversão ao explicitar aos professores antigos que se busca gente nova que possa contribuir com novidades, o que eles, os antigos, não poderiam fazer. É sintomática a declaração de um dos professores entrevistados:

PPT: eu vou dizer como eram selecionados! Eram selecionados os indivíduos que eram eliminados pelos professores (+) das diversas cadeiras daqui. Geralmente eram indivíduos que eles não queriam MUITO, sabe. (+) Meu caso foi (+) me puseram pra fora do departamento, (+) então o curso experimental veio me buscar.

Os excluídos, os desprezados, os considerados incapazes por não se enquadrarem no formato que o Curso Tradicional de Medicina impunha - por não se enquadrarem na perspectiva catedrática - esses eram procurados pelo Curso Experimental de Medicina. Tal qual a queixa do professor Corbet à Congregação, cuja indignação de ser preterido em seu alto posto de saber catedrático, de não ter privilégio algum sobre o novo curso médico e ser dele alijado sem disfarces, a busca de professores que haviam sido expelidos pelas cátedras pontua mais uma vez a tendência à subversão que o Curso Experimental de Medicina constrói e reforça.

Independente de serem os excluídos, os desprezados, os menos aculturados, o Curso Experimental de Medicina contava com a empolgação e entusiasmo dos professores, empolgação e entusiasmo estes que são relatados por todos os entrevistados. Tanto professores quanto alunos entrevistados são unânimes em indicar

que o Curso Experimental de Medicina contava com o entusiasmo de todos os participantes para que a realização das atividades se desse. Todos se mostravam e eram percebidos como comprometidos em fazer o projeto funcionar nos moldes previstos, apesar de todas as adversidades.

PFR.1: existia uma coisa que eu costumo comentar que eram alunos motivados porque estavam fazendo um curso novo, eles se sentiam desafiados. Então tinha essa motivação do lado dos estudantes “será que o nosso curso realmente é bom”. Usando uma linguagem menos formal, o pessoal vestia mesmo a camisa pelo lado dos estudantes, e a mesma coisa pelo lado dos professores. Então o pessoal que trabalhava com o experimental era um pessoal motivado, interessado, que queria realmente mostrar que aquilo era algo importante que estava acontecendo (+) nacionalmente, até mundialmente se exagerar.

PHT: você tá me fazendo descobrir que pessoas que depois se mostraram no curso tradicional de conduta mais ou menos comum, no experimental se entusiasmarão tanto quanto os alunos, entende, e TRABALHAVAM que era uma coisa INCRÍVEL /.../ Depois quando foram pro tradicional, agora tô fazendo a comparação, não, os alunos, mas os outros professores! Então, enquanto estavam no experimental eles eram todos ótimos, todos sem exceção, né?. Todos se empenhavam e /.../ e o esquema era tal, entendeu, que eles aprendiam junto com os alunos, sabiam um pouco mais que os alunos tal (+) tinha muita emoção, muito entusiasmo, muito entusiasmo!

A1.2: quem pegou o curso, quem deu aula pro experimental foi tipo abraçar uma causa mesmo. Eles também estavam interessados em mostrar ((seu potencial)) havia o interesse deles, então eles se deram! Em termos de aula. O fato da turma ser pequena também ajudou, porque você tinha as aulas eram, não vou dizer particulares lógico, mas (+) havia, é diferente, você dá de uma maneira um pouco mais dirigida, vamos dizer mais individualizada, (+) então os professores eram muito bons, motivados (+) e eles transmitiam isso pra gente.

Muita emoção, muito entusiasmo, mas a atuação era diferenciada. Quando o antigo professor (PHT) indica que no Curso Tradicional de Medicina o mesmo professor tinha uma conduta comum, ou seja de pouca diferenciação da norma, não podemos deixar de notar que esta seria a conduta esperada para o professor no Curso Tradicional de Medicina, assim como a empolgação diferenciadora seria esperada no Curso Experimental de Medicina. O Curso Tradicional de Medicina trazia uma estratégia fechada nas aulas teóricas expositivas, estratégia evitada pelo Experimental. Aulas expositivas eram associadas ao Curso Tradicional de Medicina, que também era associado a menos trabalho como professor. No Curso Experimental de Medicina o professor não apenas tinha de substituir a aula teórica por uma metodologia ativa de aprendizado, o que era percebido como muito mais trabalho para um mesmo conteúdo, mas tinha de se comprometer com a filosofia do curso, tinha de se apropriar de seu papel formador e não informador. A solicitação que o Experimental fazia aos

professores não era apenas evitar as aulas expositivas, mas era se tornar parte do grupo, era integrar uma perspectiva formativa que lhes cobrava tempo, espaço, energias e remodelação das próprias concepções educacionais.

Selecionar professores que entendessem seu papel de formador e não informador, e que fossem capazes de compreender e agir como mediadores do processo de aprendizado do aluno; que não quisessem ensinar mas que os alunos aprendessem; e, tão importante quanto, não temessem reconhecer suas fraquezas e buscassem aumentar suas potencialidades formadoras. Habitualmente, os professores antigos da FMUSP posicionavam-se como guardiões do saber especializado e não admitiam o questionamento desta posição, a busca por professores jovens é, então, compreensível, pois estes não apenas se dispunham a aprender nesta experiência mas também teriam mais disposição para o volume de trabalho que o Curso geraria.

Retomamos a fala dos antigos alunos das turmas finais do Curso Experimental de Medicina que dão conta de posturas docentes distintas para suas turmas em relação ao mesmo conteúdo oferecido para turmas iniciais do Curso. Pontuamos aí a alteração da autonomia da CODCEM decorrente das mudanças regimentais da Universidade de São Paulo por conta da Reforma Universitária. Mas, é preciso também considerar que estes professores também são submetidos à lógica do produtivismo acadêmico e são cobrados para que progredissem e se titulassem, os já titulados, eram cobrados em produção:

PPT: no final das contas dentro de uma universidade você tem a parte didática e você tem também a parte de investigativa, aí isso significou uma morte da parte investigativa (+) diminuiu MUITO, diminuiu bastante, é, pra mim diminuiu MUITO.

PMI: muito entusiasmante! Tanto é que continuei fazendo isso por muitos anos, aí, até que meu doutorado não estava saindo (+) eu estava com risco de ter meu vínculo cortado porque não acabava o doutorado (+) daí o pessoal me substituiu.

A5.1: Então o que aconteceu, você não tinha um incentivo para dar aula. E dava trabalho dar aula pro experimental. Então você começa, os jovens professores, começaram a ser julgados muito pela sua produção e com isso você entra numa fase que hoje é crítico nas faculdades (+) então você é avaliado ou pela sua habilidade (+) como médico, como profissional (++) e se você é um bom pesquisador. O fato de você ser professor, não tem relevância.

Ao lado da submissão do Curso a uma nova lógica formadora imanente dos professores que vão sendo designados mas que não são os escolhidos pelo Curso, há um

afastamento de professores que têm de responder às demandas institucionais para manutenção de seu vínculo acadêmico. Os professores vão se sucedendo, mas não há garantias de manutenção da concepção original do Curso, e, ao lado do percurso de cassações e retaliações que os professores do Experimental sofrem, vão se constituindo nichos de exceção, gerando o comentário a seguir:

A8.1: o primeiro ano foi, foi bem EXPERIMENTAL. O segundo também até certo ponto, o terceiro já estava MUITO contaminado, entendeu assim entre aspas, e o quarto voltou a ser experimental.

O antigo aluno da oitava turma pontua que seu primeiro ano, por conta da Bioquímica, da Histologia e da Imunologia que aconteciam na Cidade Universitária, era o que se esperava do Curso Experimental de Medicina, assim como o quarto ano, onde a supremacia era de Clínica Médica. O segundo e o terceiro anos do Curso não havia a experimentação esperada, há muitas substituições de professores e o Curso se dilui. A substituição de professores é um dos aspectos que fazem com que o Experimental vá perdendo sua conformação original, veremos outros.

2. INTEGRAÇÃO MULTIDIMENSIONAL

A integração é determinada por Isaias Raw (1994, p. 134) ao pedir a integração da medicina clínica com a social,

Era indispensável integrar medicina clínica e social desde os primeiros anos do curso médico.

O que representa uma concepção distinta de pensar e fazer médico, já que - ainda que não excludentes - a medicina clínica era a forma habitual de conceber o ato médico através de seu potencial curativo; e a medicina social, comunitária, na perspectiva da compreensão não da doença como uma decorrência de condições sociais, mas do homem como um ser social, ideia que Eduardo Marcondes agrega à dimensão filosófica do uso do termo integração:

Oferecer, em especial, oportunidades para o desenvolvimento de uma mentalidade médica global, pela valorização (no planejamento do ensino do primeiro ao quinto ano) das áreas gerais em relação às especializadas e do indivíduo como um todo psicossomático em relação à parte doente (Marcondes, 1975, p. 175).

Expressando a necessidade de desenvolver nos estudantes a compreensão de uma medicina ampla, com entendimento do ser humano para além de sua doença, como um ser psicossomático, advertindo que o atendimento dado a este indivíduo deve ser integral e não designado por uma especialidade enferma. Além da compreensão do indivíduo, a integração também é buscada através da revisão das fronteiras disciplinares:

O curso não poderia ser dividido em disciplinas artificiais, que não contemplavam o contínuo entre o que eram as oito cadeiras do curso tradicional, e a ciência biomédica desenvolvia (Raw, 1994, p. 134).

As disciplinas devem se reorganizar de forma menos artificial e contínua, numa composição mais harmônica entre as questões da clínica e das ciências biomédicas de base e na proximidade com outros cursos a partir da organização de um currículo integrado pertinente aos cursos de saúde, extrapolando a formação estrita para o médico, de acordo com Marcondes:

Promover a integração da Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo (...)

Contribuir para uma nova formulação do ensino integrado de todos os currículos pertinentes à saúde (dentro do setor biológico) sendo indispensável, para este fim, a existência de um Hospital Universitário. (Marcondes, 1975, p. 175).

Integrar, para estes propositores do Curso Experimental de Medicina, tem um caráter multidimensional, que engloba uma concepção de homem, de ciência, de educação que se reflete na organização do currículo formador, na prática médica esperada, e também uma espacialidade contingente, pois é defendido que Faculdade de Medicina se agrupe com a Universidade de São Paulo de fato, em proximidade geográfica e não apenas estatutária, criando um todo uno, uma verdadeira universidade, de tal sorte que poderia até mesmo contribuir com a formação de outros profissionais da saúde ao integrar uma reforma curricular que poderia agrupar, nas áreas afins, as diversas carreiras. Assim, a integração é multidimensional. É filosófica mas também é física, é local mas também global, envolve a disposição da Faculdade de Medicina mas também a das outras unidades da Universidade de São Paulo. Essa amplitude que a integração assume para os propositores do CEM não é verbalizada por seus protagonistas com tanta distinção. Alunos e professores concentram suas percepções à integração de conteúdos e à Cidade Universitária, com exceções.

A integração dos conteúdos se dá, com mais evidência, na estrutura de organização dos conteúdos a partir de temas e não de disciplinas isoladas que está presente nos “Blocos” e conjuntos de disciplinas, que agrupava, sob um eixo sistêmico orgânico ou uma área profissional, os conteúdos das disciplinas. No caso dos “Blocos”:

O segundo ano Experimental de Medicina é dedicado ao ensino dos vários aparelhos ou sistemas que compõem o organismo humano. Adota-se o esquema didático de integração vertical, no qual em cada aparelho do organismo são ensinados os aspectos morfofuncionais normais e patológicos de acordo com a sequência: A) Anatomia; B) Histologia e Embriologia; C) Fisiologia, Farmacologia e Fisiopatologia; D) Patologia. Estes assuntos constituem um Bloco de ensino. Quando existirem condições apropriadas pretende-se acrescentar, à sequência mencionada, o ensino, no doente hospitalizado, dos aspectos fundamentais da semiologia referente ao sistema em estudo no Bloco²⁰.

Os Blocos visavam articular as disciplinas a partir de conteúdos afins e fazia com que houvesse uma proximidade maior de tempo entre as discussões assemelhadas, considerando a especificidade metodológica de cada disciplina. Ao agrupar o conhecimento necessário em sistemas orgânicos, os Blocos levavam a uma rotatividade e recorrência de campos disciplinares, permitindo que a intersecção ficasse mais clara e o corpus de conhecimento fosse amalgamado.

A3.2: Uma das coisas que eu acho que é importante é isso [a tentativa de integração]. Quando você tem o curso chamado tradicional você tá tão estruturado que as pessoas ali já não interagem. Cada um faz a sua parte e o pressuposto é que somadas as partes lá no final você tem uma formação. No curso experimental houve essa tentativa de integração entre as matérias, pra que elas tivessem um maior rendimento, digamos. Entre as chamadas disciplinas básicas com as de clínicas, né, e com patologias. Então, anatomia patológica, fisiopatologia, como fisiologia com farmacologia, tal, mas também com clínica, com semiologia, e evoluindo pra essa junção da clínica com a epidemiologia. Então, havia uma preocupação de integração. E a gente percebia um pouco isso. A verdade é que alguns dos professores eram mais claramente, digamos, vinculados a essa abordagem. Então, eu tinha, por exemplo, professores na área de clínica que eram, davam aula de propedêutica, então como atender um paciente coisa desse tipo, mas já vinha com esse enfoque de integração entre a chamada área de formação básica em anatomia, fisiologia, histologia, farmacologia, com a clínica. Então ele já pegava a gente mas já recuperando esse processo. E não eram muitos. Eram poucos. (+) /.../ Mas, eu posso até afirmar que sim, que havia essa preocupação. Talvez não tenha tido todo o sucesso requerido, e eu fico imaginando que por falta de pessoal. Acho que não havia um grupo numericamente suficiente, digamos, pra dar conta desse processo. Eu acho que eles foram mesmo (+) meio que isolados e meio que defenestrados da universidade.

²⁰ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. P. 1. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP. Grifos no original.

O antigo aluno (A3.2) resgata a percepção que eles tinham de conteúdos mais integrados, ou seja, de que havia uma preocupação, na prática da formação, em manter os conteúdos mais agrupados, mais organizados de acordo com a proposta original de integrar verticalmente, sinalizando que era possível perceber que entre os professores havia interação, ao contrário do curso tradicional onde já estavam estabelecidos os limites e não se preocupava mais em conversar entre os conteúdos. Essa dimensão da integração dos conteúdos é percebida pela totalidade dos entrevistados, que reforçam a ideia recorrentemente:

A2.2: não sei como que eles faziam [a articulação dos conteúdos], eu sei que era um grupo de professores muito envolvidos com o curso, eles deviam se reunir, porque, era tudo muito articulado, né, o que cada um dava, (+) porque ao mesmo tempo a gente tinha por exemplo (+) fisiologia e histologia, né, anatomia, era a gente ia tendo tudo muito de uma forma muito articulada, então eles deviam fazer essa programação juntos, né.

A4.1: Então toda vez que você tem (+) alguma atividade que não faz parte da rotina, de modo geral as pessoas se empenham muito naquilo, que aquilo dê certo, que aquilo funcione, que realmente seja (+) uma experiência (+) bem sucedida naquele sentido. E foi assim que eu comecei a sentir. O curso tradicional não tinha essa dedicação dos professores (+) não tinha essa (+) e mesmo dos próprios alunos porque isso também cria um (+) uma união maior (+) não só pelo próprio espírito do curso, mas também porque nós começávamos a ter aula na Cidade Universitária que (+) é um lugar que acaba favorecendo essa (+) essa união porque você também tem contato com outras profissões, as outras faculdades (+) e daí (+) a grande diferença é que nós tínhamos no currículo esse currículo por módulos, por blocos, na época chamava bloco.

Entretanto, estes mesmos entrevistados indicam que esta integração não era presente em todas as esferas de conteúdos, haviam pessoas mais comprometidas que outras, como sinalizado por A3.2. Vale notar que havia o esforço para esta integração, era uma integração estimulada:

PAT: a gente tinha encontros que chamava de (+) era um encontro dos vários docentes. Era uma vez por semana (+) ou por mês (+) a cada quinze dias, não lembro. Então os docentes dos vários departamentos se reuniam pra discutir problemas do curso. Quer dizer, era um curso FANTÁSTICO! Eu acho o curso, é pena que ele acabou. /.../ e essa dinâmica de grupo era muito interessante porque a gente trocava ideias, então mais ou menos, cada um trazia a sua experiência e se discutia! Eram reuniões não sei se quinzenais (+) eram reuniões de uma hora, uma hora e pouco em que o pessoal trocava ideias.

PFR.2: como já era integrado, sabidamente, quando eles tinham sistema nervoso por exemplo, eles tinham primeiro a fisiologia, primeiro a anatomia, fisiologia, mas era tudo dado ao mesmo tempo. Por exemplo, sistema nervoso, então tem anatomia, fisiologia, tudo em capítulos, tem farmacologia, tudo em capítulos.

P: mas dentro desse bloco, ao longo da semana, eles tinham uma semana de anatomia, uma de fisiologia?

PFR.2: não, não, ia intercalando. Mais ou menos de acordo com, por exemplo, se tinha algum problema de locomoção, então tinha anatomia daquele problema, fisiologia daquele problema, farmacologia pra aquele problema. Logicamente (+) havia coisas que não precisava de intervenção. Não precisava de intervenção então tinha separado, mas era o grupo que se reunia e distribuía as aulas.

P: então antes de começar esse bloco o grupo se reunia?

PFR.2: se reunia. Havia intercâmbio.

P: e nessa reunião vocês decidiam o que?

PFR.2: quem que daria primeiro, o que que daria. Depois ia fazendo isso. A gente se reunia e decidia de comum acordo um cronograma para fazer o curso.

P: nessa reunião vocês conseguiam também compatibilizar os conteúdos?

PFR.2: exatamente!

Os dois antigos professores dão conta de uma ação estimulada e realizada pelos professores que eram encontros para compatibilizar os conteúdos, as sequencias, as cargas horárias. Não há concordância do intervalo e regularidade destes encontros, mas há o relato, em todos os professores, que estes encontros eram fundamentais para que se pudesse manter a integração de conteúdos, fato essencial para o sucesso pretendido, pois nestes momentos os territórios disciplinares são reposicionados. Vale notar que não há sinalização de interferência no conteúdo a ser ensinado/aprendido, mas há interferência na sequencia que estes conteúdos aparecerão, buscando compatibilizar as diversas ocorrências dele nos vários territórios disciplinares de modo que ele possa ser reengendrado para ser percebido como integrado pelos alunos.

PMP.2: Então, isso foi uma coisa interessante que teve (+) foi (+) a partir de professores que eu entendo que tinham uma visão mais (+) mais avançada ou mais progressista, se quiser o termo progressista, não só em termos de ciência mas em termos de política em geral (+) de constituir um currículo que fosse um currículo mais integrado, um currículo que funcionava por blocos, onde você tinha oportunidade (+) por exemplo de eu dar uma determinada doença e o aluno olhar nas diferentes perspectivas, seja na área das ciências básicas, seja na área de clínica, seja na área de patologia, você via isso de uma forma integrada, que não é o que ocorria no curso tradicional, aonde você entrava num departamento tinha a aula, depois entrava no outro departamento e via o mesmo problema, de uma outra perspectiva talvez, mas descolado (+) não via isso de uma forma integrada.

Uma integração vertical de conteúdos²¹, colocando em um mesmo nível de oferecimento os conteúdos de disciplinas distintas, onde privilegia-se o conhecimento

²¹ O termo “integração vertical de conteúdos” é usado assumindo o sentido atribuído pelos entrevistados a ele. Conforme o grupo alvo, esta é uma forma de organizar os conteúdos do currículo tendo como referência temas que buscarão nas disciplinas os conteúdos necessários para serem discutidos, como era utilizado pelo Curso Experimental de Medicina ao organizar sob sistemas. Assim, o Sistema Urinário buscaria os conteúdos de urinário nas disciplinas de Anatomia, Fisiologia, Histologia, e outras, e o disporia em uma contiguidade temporal, promovendo uma aproximação que tenderia à integração.

mais amplo e geral em detrimento do conhecimento aprofundado e restrito a poucas áreas, escapando, assim, da tendência à especialização precoce, pois não se oferta ao aluno conhecimentos em profundidade para cooptá-lo à causa de uma área, mas sim, conhecimentos alargados e difusos para indicar-lhe que a medicina é mais ampla.

De acordo com um dos princípios didáticos defendidos pela CODCEM, o confronto entre o normal e o patológico deve ser estabelecido desde o início do curso médico, em todas as oportunidades que se apresentam, respeitando o nível de conhecimento dos alunos. Por essa razão foi adotado o “currículum” integrado verticalmente que permite congregiar em cada sistema do organismo os conhecimentos morfológicos, fisiológicos, farmacológicos e semiológicos fundamentais, na condição normal e patológica. A CODCEM considera que na fase de graduação do aluno, dentro de um programa didático integrado, o ensino da matéria deve se resumir aos seus aspectos essenciais. Em assim sendo, a CODCEM fixa, frente à extensão da matéria a ser coberta, períodos de tempo exíguos a cada Bloco de ensino, na certeza de que o benefício maior reside no conhecimento global do sistema e não no conhecimento em profundidade das partes componentes²².

A organização do projeto do Curso Experimental de Medicina traz em si a concepção da integração, da construção coletiva e partilhada dos conhecimentos, exigindo que os papéis sejam cumpridos de maneira distinta aos cumpridos no Curso Tradicional de Medicina. Os alunos são proativos, corresponsáveis, os professores são estimuladores, tutores. De maneira lógica, essa concepção também se refletiria na seleção dos espaços para ocupação pelo Curso, uma vez que

O espaço escolar materializa uma representação dos interesses de um determinado grupo e sua ótica para a formação de futuros sujeitos, e se estabelece como marcas do poder instituído em dado momento histórico, fruto do discurso dominante que o edificou (Lopes, 2007, p. 92).

Um Curso cuja prerrogativa é a integração do aluno e da Faculdade de Medicina à Universidade de São Paulo, do modo de pensar o ser humano, dos conteúdos em eixos temáticos, mas também a reflexão sobre o fazer/saber médico carece refletir esta prerrogativa nos espaços. Para tal projeto, foram-lhe propostos espaços distintos dos até então ocupados pela Faculdade de Medicina, espaços estes que - conforme o projeto - deveriam ser construídos especificamente para as necessidades didático-metodológicas do Experimental e instalariam o Curso na Cidade Universitária:

Para execução desse plano deverão ser construídos laboratórios multidisciplinares, laboratórios de pesquisa e hospital. Os laboratórios multidisciplinares terão a facilidade de proporcionar, ao aluno, local de trabalho e de estudo. Nesse local terão as aulas de diversas Disciplinas e poderão estudar. Os laboratórios de pesquisa serão para o

²² Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. P. 2. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

peçoal docente das Disciplinas Básicas e alguns para os de Disciplinas Clínicas ou de Aplicação. O Hospital deverá ter cerca de 350 leitos e o regime de internação será o de pensionistas particulares e de convênios com os órgãos da Previdência Social ou de Seguro Saúde²³.

Salas de aula, laboratórios de prática específicos, um hospital-escola são pensados como espaços para a ocupação do Experimental e sua expectativa de formação médica diferenciada e posicionam o Curso Experimental de Medicina na Cidade Universitária. Contudo, apesar da proposta localizar o Curso na Cidade Universitária, não foi construído um local específico, uma sede própria, tal qual a sede da Faculdade de Medicina.

(...) escola não apenas como um espaço determinado e rotulado para tal, como ainda um espaço de natureza própria. Em outras palavras, a instituição escolar e o ensino só merecem esse nome quando se localizam ou se realizam num espaço específico (Viñao Frago, 2001, p. 69).

O pressuposto defendido por Viñao Frago não se concretiza, não se constroem espaços próprios, se apropriam espaços para o Curso Experimental de Medicina através da destinação de uma construção temporária conhecida como “barracão”²⁴ mas apenas essa construção não conseguia responder às necessidades totais do Curso, e foi necessária a ocupação de outros espaços na Cidade Universitária, como o Instituto de Química, a Faculdade de Medicina Veterinária, a Faculdade de Odontologia:

A1.3: Então no começo, só pra você ter uma ideia, eles não cederam lugar pra gente lá dentro ((da Faculdade de Medicina)), tinha aula e a gente não tinha pra onde ir! Nós começamos na Cidade Universitária (+) então a gente tinha anatomia na Cidade Universitária, não deixaram a gente ter anatomia na Faculdade de Medicina. Era na Odonto, a gente usava os laboratórios da Odontologia. E foi indo, até que nós tivemos um barracão, que chamava barracão porque ERA um barracão! Tinha algumas salas de aula lá dentro, tivemos uma sala de aula lá.

Assim, o Curso Experimental de Medicina existia como um curso de fato, aprovado pela Congregação, reconhecido e validado pela Faculdade de Medicina que confeccionaria os títulos de graduado em medicina, mas não existia dentro do espaço da Faculdade de Medicina.

²³ Reforma do ensino médico por Irany Novah de Moraes. O Estado de São Paulo. Coluna Atualidade Científica. 21 de maio de 1967, p. 26.

²⁴ Barracões era o nome dado a uma série de construções no terreno da Cidade Universitária para acomodar algumas unidades da Universidade de São Paulo que estavam migrando para lá ou sendo criadas temporariamente até que os prédios oficiais fossem erguidos.

No “barracão” foram instalados microscópios e organizadas pequenas salas para que o ensino dos grupos pudesse ocorrer e era onde os alunos do Curso Experimental de Medicina passavam os primeiros semestres do curso num processo de imersão na proposta do Curso Experimental.

A2.2: nos primeiros anos só lá, quase só lá, a gente tinha essas disciplinas nas unidades do ICB e do IQ e depois a gente tinha um barracão que era um daqueles pavilhões (+) pluricurriculares acho que eles chamavam, (+) e um desses pavilhões era do curso Experimental. E lá tinha uma sala grande de aula com microscópios que era uma sala que servia pra várias disciplinas (+) e tinha pequenas salinhas que eram laboratórios que era onde a gente dividia em grupos né, aí tinha uma secretária, era um, o pavilhão era simples até mas (+) tinha tudo que a gente precisava (+) então a gente ficava muito muito nos pavilhões, e aí perto tinha odonto, tinha veterinária, (+) eram vários assim.

Afastados do prédio sede da Faculdade de Medicina, com mais contato com as outras carreiras da Universidade de São Paulo e pouco contato com os congêneres no início do seu percurso, a dimensão de universidade se abre ao Curso Experimental de Medicina que experimenta não apenas uma proposta didático-pedagógica diferente mas uma liberdade de ação e relação que não se contempla entre os muros da Faculdade de Medicina. O Experimental transita pelos espaços e constrói-reconstrói seus lugares, ele pode se sentir parte de uma estrutura mais ampla:

A2.1: eu acho que houve uma adaptação porque, as primeiras aulas nós tivemos num barracão, na verdade era um barracão de concreto que havia sido feito pela empreiteira (+), e assim como havia várias outras estruturas semelhantes naquela região do campus da USP feitas pra Geologia, pra Psicologia, pra Veterinária. Então nesse barracão nós tínhamos aulas de anatomia e histologia (+) e as coisas eram adaptadas, lembro muito bem que uma das vezes a gente precisava escurecer a sala pra fazer aulas de microscopia, então tinha que apagar as luzes e fechar a janelas, e não tinha cortina, ficava tudo muito claro naquela sala (+) aí os alunos se reuniram, fizeram uma vaquinha, compraram tinta, pincel e pintaram a janela de preto ((risos)) e foi até interessante porque a gente achava que essas adversidades o fato da gente não ter um curso já pronto, que a gente tinha que batalhar e conseguir, unia mais a turma /.../ essas coisas demonstram assim que não havia assim um curso já pronto, inclusive algumas aulas a gente fazia com outros cursos, por exemplo, algumas aulas de anatomia do crânio (+) eram feitas na odontologia, porque lá eles estudavam também anatomia do crânio, da arcada dentária (+) e algumas aulas havia junto com a psicologia, quer dizer, não junto, mas no mesmo lugar onde eles tinham aula a gente tinha também. (+) Outro lugar onde nós tínhamos aula, bioquímica, era no conjunto das químicas, e lá a gente convivia com os estudantes de farmácia e bioquímica da USP. (+) Inclusive a gente jogava baralho, pebolim junto com os colegas da farmácia (+) então essa convivência com os outros cursos acho que foi muito boa, muito interessante, porque o pessoal daqui, eles só conviviam com alunos da própria medicina e quando muito enfermagem, (+) fisioterapia (+) ou eventualmente saúde pública (+) o maior contato era entre os próprios alunos da medicina. Ao passo que a gente do Experimental (+) tinha um leque muito mais amplo de amizade de outras turmas de outros

cursos dentro da própria USP, então a nossa integração com a USP foi muito mais eficaz.

A força de construção de um lugar para o Curso Experimental de Medicina é ativa e diligentemente praticada pelos alunos. Eles vão para a Psicologia, para a Odontologia, mas o lugar deles é o barracão, onde eles agem sobre para transformar, para se apropriar. Pintar as janelas é uma necessidade, mas é também um simbolismo de ocupação, de tomada de posição, de delimitação do espaço como o lugar do Curso Experimental de Medicina. Assim como o Curso Tradicional de Medicina tinha os “mármore” e “madeiras” da sede, o Experimental tinha a modernidade, a diferença, a subversão como pedra de toque na construção do espaço delimitado pelas janelas pintadas de preto que impõem uma barreira mas representam a iniciativa, a disposição, o co-protagonismo, como nos sinaliza Escolano (2001, p. 26).

A arquitetura escolar é também por si mesma um programa, uma espécie de discurso que institui na sua materialidade um sistema de valores, como os de ordem, disciplina e vigilância, marcos para a aprendizagem sensorial e motora e toda uma semiologia que cobre diferentes símbolos estéticos, culturais e também ideológicos.

O lugar do Curso Experimental de Medicina se reforça no entrelaçamento e apoio do grupo de alunos que se embrenha em outros espaços e expande seu território para junto de alunos de outros cursos da Cidade Universitária.

P: as aulas eram aqui ((na Cidade Universitária)), mas biblioteca, CAOC, Atlética, vocês tinham que se deslocar para lá ((na Faculdade de Medicina))?
A1.1: tudo lá!

Assim, o Curso Experimental de Medicina é submetido à duplicidade de espaços em seus anos iniciais. Ao mesmo tempo que seu espaço é da Cidade Universitária, com o barracão e o entremear de espaços compartilhados; seu espaço também é a Faculdade de Medicina, pois não foram ofertadas outras estruturas acadêmicas de apoio e havia necessidade de compartilhamento dos espaços do Curso Tradicional de Medicina.

P: e como que era ir para lá sendo que a “casa” de vocês era aqui?
A1.1: aí é que está! Não sei! A impressão que dava naquele começo lá, vamos dizer de uma certa integração social, socialização com os outros (+)os outros se sentiam mais donos de lá do que a gente, considerava a gente meio como intruso (+) acho que essa ideia, essa SENSACÃO a sensação existia, mas a gente frequentou normalmente, fomos sempre bem nunca teve nenhum problema lá

É compreensível que, por questões de maior tempo de ocupação dos espaços, os alunos do Curso Tradicional de Medicina se sentissem mais “donos” da

Faculdade de Medicina, e os relatos dos antigos alunos Experimental indicam atritos com os alunos do Tradicional, mas nunca no limite do impedimento do uso dos espaços, havendo, contudo, depreciação:

A2.1: O pessoal na época dizia tinha a Pinheiros e tinha Pinheirinhos, então Experimental era Pinheirinhos, porque era uma espécie de filial da Pinheiros /.../ então alguns colegas até brincavam que a gente não estava estudando medicina, a gente ia ser motorista de ambulância.

A3.2: sempre tinha essa história aí de que os alunos eram da chamada segunda opção, e portanto eles se viam com uma espécie de handicap em relação a nós /.../ como se fosse uma espécie de um restolho, do que seria a elite do que estava no Curso Tradicional.

A3.3: Eles detestavam que a gente chamasse eles de tradicional. O pessoal do tradicional não gostava muito que a gente chamasse eles de tradicional.

P: mas tinha que chamar como?

E15: eu não sei! Eles era A MEDICINA! ((risos))

P: Eles eram a medicina e vocês não?

E15: Não! Nós éramos os experimentalhos!

A4.3: E o que que o público falava? Eles achavam que o curso experimental de medicina (+) formava médicos práticos. Eu não sei o que as pessoas entendiam como médicos práticos! Quer dizer, não era médico, não era formado em medicina. Isso eu estou falando o que as pessoas perguntavam pra gente, quando sabiam que a gente fazia o curso experimental /.../ dava a impressão que era alguma coisa assim, que a gente não ia ter uma formação completa ou algo do gênero.

Caracterizar o Curso como um formador de um médico de segunda linha, um médico com conhecimentos menores e limitados, e mesmo um profissional que não seria mesmo um médico, chamar o Experimental de “Pinheirinhos” no contexto de inserção do depoimento do antigo aluno é uma forma de minimizar sua importância diante da “Pinheiros”, de marcar sua inferioridade e depreciar a formação oferecida, questionando-se mesmo se a formação seria para médico ou para motorista de ambulância. Considerando-se superiores e com o território estabelecido, há recusa de categorização do curso como tradicional, uma vez que compreendiam que o curso médico da Faculdade de Medicina era aquele e o outro era outra forma de médico, que poderia nem ser médico mesmo.

É importante pontuar que estes comentários não eram a unanimidade. Tanto alunos quanto professores entrevistados indicam que havia separação a oposição mas também os favoráveis, e que este choque se deu mais significativamente nas duas primeiras turmas. A partir da terceira turma os comentários minimizam e mantém o tom jocoso mas perdem o tom agressivo. Recuperamos a fala do antigo professor PMP.3

(supracitada) para inserir novamente uma motivação para que estes impropérios tenham modificado seu teor:

PMP.3: eu tenho a impressão que rapidamente (+) a polarização dos conflitos foi em torno da ditadura e não do experimental. Acho que havia uma certa rixa, mas mesmo no interior do alunado (+) o que acabou acontecendo é os alunos do centro acadêmico e os alunos de fora do centro acadêmico. E não os alunos do experimental e os alunos sabe (+) acho que essa polaridade foi rapidamente substituída pela OUTRA polaridade, das pessoas que, enfim, ou defendiam ou tinham medo de arguir a ditadura, e aquelas que estavam na luta contra a ditadura. Rapidamente trocou uma coisa pela outra.

Havia uma questão maior que a rixa local entre os dois grupos de alunos. Ser do Curso Experimental de Medicina ou do Curso Tradicional de Medicina era menor diante das atrocidades do Regime Militar, e essa polarização se sobrepõe à outra. Contudo, não podemos deixar de apontar que estes comentários são segregacionistas e - ao lado do discurso do professor à Congregação queixando-se da contaminação do Experimental na estrutura da FMUSP – nos levam a escrutinar o espaço-tempo de resistência que o Curso Experimental de Medicina enfrentava. Depreciar a formação oferecida sem avalia-la; imputar-lhes a propriedade virulenta de contaminação; recusar-lhes espaço físico; desloca-los de sua posição profissional; alcunha-los depreciativamente; transmite a mensagem que o Experimental era indesejados, se não ao menos incômodo.

A transição de aluno da Cidade Universitária para aluno da Faculdade de Medicina é facilitada pela preocupação e ação incisiva do CAOC sobre seus representados:

AC: Acontece que esse pessoal além de ter um currículo diferente, eles ainda tinham uma carga horária muito grande NA Cidade Universitária. Ao contrário do tradicional que a carga horária era centrada toda aqui na Dr. Arnaldo, no prédio antigo da Faculdade. Então esses 50 IAM pra Cidade Universitária e eles ficavam um pouco distantes dos outros da Faculdade. Eles tinham um (+) um ambiente universitário melhor, porque eles (+) eles se relacionavam com os da politécnica, do direito, da educação, da biologia, me lembro que tinha muito contato com a biologia. E (+) eles se agrupavam muito entre si. Em questão de Faculdade de Medicina quando tinha atividades comuns eles estavam sempre juntos. Eles ficaram muito PRÓXIMOS.

Afastados física e emocionalmente da FMUSP, os alunos do Curso Experimental de Medicina se refugiam em seu próprio grupo, e constituem um todo coeso que participa em blocos das atividades, sempre unidos. Contudo, eles poderiam se

desgarrar da Faculdade e constituir um grupo à parte, o que é rapidamente percebido pelo CAOC:

AC: a gente tinha uma preocupação no CAOC GRANDE com esse pessoalzinho porque eles estavam FORA da Faculdade. Eles estavam na Cidade Universitária. Então (+) a gente montava coisas pra (+) levar pra Cidade Universitária. Então, por exemplo, eu lembro muito, que a gente fazia uma vez por semana, a gente levava a filmadora pra passar um filme LÁ na Cidade Universitária pra esses 50. Pra esse pessoalzinho (+) Tinha por trás disso um envolvimento político, era uma época de (+) muita (+) muita agitação. 68 é um ano dramático no Brasil. 69, 70, é um período muito difícil de (+) muita repressão, ditadura no auge. E, a gente visava muito esse pessoalzinho do ponto de vista político também. A gente queria trazer pras nossas tendências políticas. Queria cooptar esse pessoal (+) pro centro acadêmico, pro trabalho político que o centro acadêmico fazia. Então a gente investia muito de (+) levar o CAOC até eles, porque o CAOC na Dr. Arnaldo ele tem uma praça de esportes maravilhosa. Tem campo de futebol, tem piscina, é uma beleza. E (+) isso agrupava a turma. Enquanto que esses 50, e no ano seguinte mais 50, estavam distante da gente. Então (+) o envolvimento com o CAOC tenderia a ser mais frágil. E aí a gente investia muito “não podemos perder esses caras. Nós temos que ir atrás desses caras” então a gente fazia muito atividade e ia até eles, ia NA Cidade Universitária e (+) convidava-os também pra “olha, na sexta feira à noite tem um baile” /.../ e a gente ia e “vem participar com a gente. Vem participar das atividades do CAOC”.

Buscar o “pessoalzinho” do Curso Experimental de Medicina e mostrar a eles que, apesar de distantes fisicamente, eles tinham espaço junto à Faculdade de Medicina é o que se propõe o CAOC, que reforça seu próprio poder de aculturação ao reagrupar os “desgarrados” do Experimental, e aproxima-los como seus representados, independente do espaço que lhes era destinado. Engrossando a vertente política escolhida como representativa pelo CAOC, o Experimental entende que estar na Cidade Universitária, ter o barracão é ter um lugar, mas eles são parte do todo maior e se embrenham no mundo da “Casa de Arnaldo”. Os alunos do Curso Experimental de Medicina se mesclam aos do Curso Tradicional de Medicina nas atividades do CAOC, na Atlética, nas festas, nas representações discentes, nas manifestações políticas e vão, via CAOC, encontrar uma via de pertencimento aos espaços da Faculdade de Medicina.

Há, então, uma duplicidade de aculturação dos alunos do Curso Experimental de Medicina. Ao mesmo tempo em que a ida para a Cidade Universitária faz com que se envolvam na proposta do Curso, a ponte constituída pelo CAOC os traz para a Faculdade de Medicina:

A1.3: A gente fazia parte do CAOC, da Atlética, tudo misturado. Eram 150 alunos da Faculdade. Entre nós era assim. Tanto que, por exemplo, eu estava te falando da MAC-MED, não tinha nenhum problema. A equipe, por exemplo, de judô só tinha um cara do tradicional, todos eram do

experimental. Porque a gente tinha um campeão universitário na nossa turma, e era professor, e então ele treinou muito mais a gente do experimental. Por outro lado o pessoal do basquete era sempre do tradicional. Eles tinham um grupo melhor. Tênis, por exemplo, era a nossa turma que era melhor que eles. Então, eles escolhiam QUEM ERA MELHOR, tanto faz se era de um ou do outro. Entre nós nunca teve problema. Nunca teve. Pra você ter uma ideia, existia uma tradição que eu achava muito bonita que acabou e que agora eles tão querendo ressuscitar. O restaurante da Faculdade, a turma que estava saindo, pintava um monte de bobagem de brincadeiras, de caricaturas nas paredes do refeitório. E era feito junto, irmãmente. Mas irmãmente mesmo! Tinha turma do experimental, pintava misturado com o outro. As festas eram juntas, nunca teve segregação.

P: e a colação de grau?

A1.3: tudo junto, não tinha nenhuma diferença (+) um batalhão de gente lá em cima.

As referências da aceitação e integração são todas mediadas pelos espaços do CAOC. Estar na Cidade Universitária nos primeiros semestres era estar próximo do conceito de integração e verticalização do Curso Experimental de Medicina, mas haviam pontes de conexão que levavam ao pertencimento duplo.

Há, contudo, uma especificidade dos espaços ocupados, pois as três primeiras turmas do Curso Experimental de Medicina ficam na Cidade Universitária os primeiros anos, mas a partir da quarta turma isso já não é mais realidade:

A4.3: nos primeiros seis meses a gente tinha aula na Cidade Universitária. Muito mal colocados nos barracões, na época ainda não tinha aposentos pra todos, e fizemos lá a parte de citologia, microscopia, aquela coisa toda, e fizemos bioquímica também, mas aí na faculdade de bioquímica. Que foi uma época muito bacana, uma coisa mais (+) o duro era ir até a Cidade Universitária e voltar sem carro! Tinha que pegar carona, e isso, aquilo. Era meio problemático. Depois disso, a gente começava a ter as nossas aulas mais na Faculdade E no Hospital ((das Clínicas.

P: vocês ficaram pouco tempo na Cidade Universitária?

A4.3: pouquíssimo. A proposta era outra, mas ficamos, meio que, como dizia o Marcondes, pra gente só ocupar o espaço. Botar o pé lá e dizer “isso aqui é nosso!”. Então, nós ficamos a rigor (+) só seis meses. Depois disso já viemos pro HC e pra Faculdade de Medicina e ficamos o resto do tempo.

O antigo aluno da quarta turma do Curso nos indica uma virada na ocupação dos espaços. Enquanto as três primeiras turmas transitavam seus anos iniciais prioritariamente pela Cidade Universitária, as turmas seguintes já o faziam menos, e iam para o barracão apenas na tentativa de reforçar um lugar construído. O Curso Experimental de Medicina é levado para a Faculdade de Medicina e para o Hospital das Clínicas, e ocupa, novamente tal qual em seu início, instalações improvisadas. A fala do antigo aluno (A4.3) é bastante significativa do processo de des-lugarização, de perdas que o Experimental está sofrendo quando recorda a ação de Eduardo Marcondes não abrir mão da Cidade Universitária como lugar do Curso Experimental de Medicina, nem

que fosse apenas para dizer “isso aqui é nosso”, defendendo não apenas o barracão, mas o lugar que o Experimental ocupava na estrutura da Faculdade de Medicina.

Mais que uma virada nas relações de poder da Faculdade de Medicina, há também uma virada na relação do aluno com a Faculdade. Os alunos das primeiras turmas tornaram a Cidade Universitária o seu lugar e transitavam por pontes na FMUSP, sem abrir mão de seu próprio território. Os relatos à partir da quarta turma dão conta de outra relação, uma relação que reconhece a Faculdade como lugar e a Cidade Universitária como uma concretização do diferencial do Curso Experimental de Medicina:

A4.2: Porque (+) apesar de nós termos sido atraídos pelo conceito do curso, pra nós a Faculdade de Medicina era essa. E (+) passar a ter aula na Faculdade de Medicina acho que era o objetivo de todos. Pra nós Faculdade de Medicina era na Dr. Arnaldo. Ali ((na Cidade Universitária)) a Faculdade de Medicina era uma faculdade virtual (+) inclusive com instalações muito precárias. Existia a ideia de fazer um prédio (+) a ideia de construir uma faculdade de medicina LÁ separada dessa, ela existia, só que esse prédio nunca havia sido construído. Então nós tínhamos as aulas nos barracões (+) era um local mais precário (+) você se sentia meio isolado, você não tinha as facilidades da atlética, do centro acadêmico, da (+) da vida comunitária que nós saíamos de lá e vínhamos aqui pra participar. Quer dizer, as facilidades (+) de convivência estudantil eram todas aqui. O centro acadêmico aqui, a atlética era aqui (+) então a vinda nossa pra cá (+) era uma conquista. Então você vê como (+) até pros alunos isso era meio ambivalente. Se gostava muito do modelo do curso experimental, e se gostava mais ainda de poder ter aula na (+) na gloriosa Faculdade de Medicina! Eu acho que isso era compreensível. E depois o curso experimental, mesmo ainda com a separação, quando começou a entrar nas disciplinas clínicas, como o Hospital Universitário não tava funcionando (+) as disciplinas clínicas eram dadas aqui no HC (+) e (+) mesmo naquele sistema de pequenos grupos, etc, mas eram dadas aqui no HC. Então já exigia uma participação do aluno NO HC, os alunos tavam mais presentes aqui no prédio da Faculdade de Medicina.

O investimento em infraestrutura que era necessário para que o Curso Experimental de Medicina pudesse ter seu espaço completamente na Cidade Universitária não foi efetivado. Havia um “retorno” dos alunos do Curso Experimental de Medicina já nas primeiras turmas para a Faculdade de Medicina a partir do terceiro ano do curso.

A2.2: no quarto ano alguns cursos a gente teve aqui ((na FMUSP)) eu acho que eu já tive até no terceiro ano alguma coisa aqui (+) e aí foi até com um professor daqui mesmo a patologia, e eu me lembro que (+) que quando a gente chegou (+) pra ter aula nós entramos na sala de aula não cabia a turma inteira (+) ficou aquela confusão, professor ficou nervoso (+) e saiu da classe, era um professor muito muito formal (+) e que a gente não estava muito acostumada com isso, né, (+) então foi uma coisa difícil no começo, depois, acho que todo mundo foi se adaptando. Eu me lembro da patologia (++) que foi no terceiro ano que a gente teve aqui (+) eu me lembro que

neurofisiologia (+) a gente não sei porque a gente teve uma parte da das experiências práticas aqui também.

A partir da quarta turma, esse retorno se acentua e apenas poucos meses são passados na Cidade Universitária, pois não só os equipamentos e a infraestrutura faltavam, mas os professores também. A partir de 1970, com as mudanças ocasionadas pelas ações governamentais que cassaram ou aposentaram uma série de professores que estavam vinculados ao Curso, houve a necessidade de substituição dos responsáveis, obrigando que professores da Faculdade de Medicina assumissem as aulas do Experimental, mesmo a contragosto, pois o Curso existia e tinha de ser mantido.

Estes dois fatores vão aproximando e levando o Curso Experimental de Medicina mais para “dentro” da Faculdade de Medicina, até que a entrada dos alunos da quarta turma, em 1971, conta com a descrição de aulas apenas nos seis primeiros meses na Cidade Universitária. A integração com a Universidade de São Paulo, a ocupação da Cidade Universitária se dilui e o aluno “des-lugariza” o barracão e se posiciona em um não-lugar, pois ele não é lá de cima, mas não tem lugar lá em baixo. Ele transita por uma diversidade de espaços mas não se fixa, não age sobre, não os transforma pois grande parte destes espaços é território de outrem e está devidamente ocupado. Via CAOC, os alunos vão se apercebendo e apropriando dos espaços, mas a constituição de lugares para sua acomodação se mescla, assim como está se mesclando seu curso e suas concepções.

A dimensão de integração de conteúdos e à Universidade de São Paulo são verbalizados tal qual pelos entrevistados, contadas como pontos de origem e construção do Curso Experimental de Medicina. ao lados destas, a dimensão de integração do indivíduo, superando a parcialidade do olhar para a doença e buscando a compreensão do ser biopsicossocial; e a dimensão da integração do ato médico a esta concepção de ser humano e ao fazer médico geral, são recorrentes na fala dos entrevistados, e serão discutidas a seguir, pois muito vinculadas por eles como fulcro de suas formações.

3. FORMAÇÃO E ATUAÇÃO

Em relação à formação oferecida e possibilidades de atuação, buscava-se proporcionar ao aluno uma formação prática antecipada que incluísse não apenas o hospital, mas também os postos de saúde, pois esperava-se que este formando fosse capaz de atuar nos diversos cenários e níveis de atendimento²⁵.

Era indispensável integrar medicina clínica e social desde os primeiros anos do curso médico (...).

O ensino médico exige não apenas um hospital terciário, mas o contato do aluno com o paciente não-hospitalizado e com a realidade da medicina no dia-dia. Para isto deve utilizar também um hospital que serve a uma comunidade e não aos casos “interessantes” do País, onde o aluno não é mão-de-obra mas estudante, e um posto de saúde (Raw, 1994, p. 134-5).

A compreensão do ser humano deve ser integral, no seu todo biopsicosomático, valorizando os diversos níveis de atendimento e especialidades, proporcionando o desenvolvimento do pensamento global que permita essa compreensão do ser humano integral e a atuação generalista ou especialista.

Propiciar condições para a ampliação das opções para o estudante quanto às modalidades do exercício da profissão. (...)

Oferecer, em especial, oportunidades para o desenvolvimento de uma mentalidade médica global, pela valorização (no planejamento do ensino do primeiro ao quinto ano) das áreas gerais em relação às especializadas e do indivíduo como um todo psicossomático em relação à parte doente (Marcondes, 1975, p. 175).

Nesta perspectiva constrói-se uma atuação consciente e comprometida com a saúde do paciente, mas também com a saúde das comunidades, assim como desenvolve-se o senso crítico e a capacidade de se reciclar e renovar, refletindo em um profissional com habilidade para a atuação em cenários distintos. Nesse sentido, os cenários de prática deste formando se ampliam, pois a integração da medicina social ao cotidiano formador pede a vivência além do hospital, incorporando os postos de saúde e a comunidade, ampliando a visão de atendimento do nível mais terciário oferecido nos hospitais para incorporar os níveis primário e secundário.

Com uma proposta de compreensão do indivíduo integral, de atuação em diversos cenários, e pautando-se na participação ativa de alunos e professores, o Curso

²⁵ Na atualidade, reconhece quatro níveis de atenção à saúde no Brasil. Sinteticamente: primário (Unidades Básicas de Saúde que recebem o indivíduo e triam as suas necessidades); secundário (Clínicas e Pronto Atendimento que fazem o atendimento de casos agudos e acompanhamento de casos crônicos); terciário (Hospitais de grande porte que realizam procedimentos mais invasivos e de maior risco e complexidade); quaternário (Atendimento de alta complexidade para transplantes).

ganha dinamismo distinto construído nas interações dos alunos/professores/cenários. A diversidade é tônica recorrente, seja na concepção metodológica, seja nas possibilidades de atuação, tanto na perspectiva de admitir uma formação generalista e ampla que permitiria a imediata atuação profissional, quanto na perspectiva de preparação para uma atuação mais concentrada e especializada em algum aspecto. De qualquer forma, a pedra de toque recai na formação do aluno para esta atuação diversa a partir do desenvolvimento da potencialidade de pensamento crítico e integrado, respeitado a concepção de “ser humano” e não de “doente”, e esta percepção chega aos alunos:

A1.1: a intenção era formar um médico GENERALISTA (+) com BASTANTE BASE pra atuar em qualquer ramo, mas que tivesse condição de atuar em qualquer ponto. Seria um generalista bem formado, com a visão mais ampla e bem estruturada possível do que é a prática da medicina e do que é o doente, e focado em vários tipos de aspectos. Então eles deram muita importância pra relação médico-paciente, deram uma importância (+) pra aprofundamento experimental mesmo no sentido de que os nossos cursos se desenvolveram com MUITA prática, muita aula prática, em quase todas as especialidades BASTANTE prática (+) Quer dizer, tinha muita prática de LABORATÓRIO, depois na fase mais profissionalizante muita prática de AMBULATÓRIOS fora do hospital, além de atendimento normal que o hospital-escola.

A1.3: Não se pretendia em princípio formar um especialista. Porque o que o pessoal dizia do curso tradicional, é que alguém que tava no primeiro ano, ele já sabia que ele ia ser cirurgião de barriga! E ele ia se formar CIRURGIÃO DE BARRIGA! A ideia nossa era formar a base de todo mundo (+) então a nossa carga horária proporcionalmente era distribuída exatamente nessas quatro áreas, era psiquiatria, clínica geral, obstetrícia e ginecologia, e pediatria, nem fazia parte das quatro grandes áreas a cirurgia. /.../ estatisticamente, a grande maioria dos problemas está nessas quatro grandes áreas. Claro que não é exclusivo. Isso eu acho que forma um médico melhor. (+) que eu acho que os médicos que saíram do experimental (+) do ponto de vista médico generalista, eles são melhores do que o pessoal do tradicional. Embora a gente tenha alguns (+) GRANDES EXCEÇÕES (+) eu vou te dar um exemplo: eu sou cirurgião, mas continuo até sendo mais médico de outras áreas que não tem nada a ver com a minha porque eu tive uma formação boa. E eu tenho certeza que o pessoal que foi do tradicional, ele só faz a área dele e (+) esquece ou não assume as outras áreas (+) é focado naquilo lá na frente, ele não vê nada em volta. E nossa formação foi assim pra no final você escolher a sua especialidade. Isso eu acho que acontece. Nesse ponto eu acho tem uma vantagem pros nossos, o pessoal que saiu da nossa turma tem uma visão geral da medicina MUITO MAIOR do que os ultra especialistas que saem, saiam do tradicional.

Uma formação de base sólida, que levasse o aluno a compreender os fundamentos do fazer médico; o capacitasse para agir em áreas essenciais de atendimento (são citadas a clínica geral, a pediatria, a obstetrícia, a ginecologia, e a psiquiatria) onde haveria maior incidência de intervenções médicas; permitisse a ele a compreensão de que o paciente é um ser biopsicossocial e não uma doença; mas

também que desse a base para que esse mesmo aluno pudesse transitar para um fazer médico especializado se assim quisesse:

A1.2: sempre foi colocado que havia as especialidades. Nunca (+) não absolutamente nunca, foi colocado como uma coisa mutuamente exclusiva. NUNCA. Nós tínhamos a sensação de que havia um foco grande em formar um médico naquele que é o básico (+) mas aí cabia ao indivíduo ir pra uma especialidade como outro. Na verdade, vou te dizer o que ficou pra mim (+) esta formação mais geral (+) era um ganho em termos de um conhecimento médico geral (+) que sempre é necessário pra qualquer coisa que você venha fazer. Sempre ficou não como uma “vou fazer isso! Vou continuar assim”. Aliás nunca me passou pela cabeça fazer clínica geral. Pra mim eu ia fazer uma especialidade, mas sempre ficou essa questão (+) quanto maior a formação básica melhor. E até hoje eu acho que isso é verdade. Quanto mais fica velho mais você vê que formação é tudo.

A diversidade de cenários e as possibilidades de interação são parte da proposta do Curso Experimental de Medicina, partindo de um modelo de assistência comunitária, que envolve a preocupação com a saúde de um grupamento populacional geograficamente circunscrito, ações preventivas e curativas, com serviços de atenção primária servindo como acesso ao serviço de saúde e tendo um hospital de retaguarda (Merhy, Malta & Santos, 2015).

O projeto do Curso Experimental de Medicina pretendia a construção de um hospital com características próprias para abrigar a concepção comunitária, bem como o Posto de Saúde próprio. O hospital próprio seria o Hospital Universitário, a ser construído na Cidade Universitária de forma a proporcionar ao aluno um espaço para a sua aprendizagem, em que ele pudesse atuar de fato e não ser mais um observador, captando casos clínicos diversos, dos mais simples e corriqueiros até os mais complexos e selecionados que seriam redirecionados para o Hospital das Clínicas e suas especialidades.

PBQ.1: porque o hospital ((das clínicas)) não era feito para os alunos OPERAREM ele, o hospital, operarem não cirurgicamente, quer dizer (+) atenderem os pacientes no hospital, ele assiste o professor de novo dar uma aula (++) fazer um diagnóstico, mas tá tratando um paciente na cama (+) então não existe quase hospital de ensino. Na realidade não existe! O HC que foi criado pra o ensino na realidade se converteu num feudo, como na Faculdade e no prédio de Ciências Básicas existe um lugar pra cada departamento, no Hospital das Clínicas existe uma ENFERMARIA pra cada PROFESSOR (++) até hoje acredito. É dele! Você diz: fulano é o DONO da urologia! Fulano é o DONO da ortopedia. Depois com o tempo construíram MAIS hospitais porque o espaço ficou PEQUENO então construiu o prédio da Psiquiatria, o prédio da de Ortopedia, e assim por diante /.../ E, e, então o hospital converteu-se numa coisa onde o interesse de internar no hospital, que era pra ensinar, virou interesse do professor, e o interesse do professor não coincidia, não tinha a UNIVERSALIDADE que devia ter pra esse fim! Então, colecionava-se megacólons e megaesôfagos no meu tempo de aluno de tonelada! Porque cada um deles tinha uma PREDILEÇÃO e

DETURPAVA a entrada dos pacientes pra atender os interesses DELE, e onde obviamente não cabia coisas como apendicite porque era muito BANAL, ou sarampo, coisas desse tipo. Então o aluno só via as coisas que interessava aos professores colocar no hospital (++) mais sério que o aluno tinha pouca oportunidade de ver um paciente que não estava na cama.

A crítica do antigo professor à lógica de funcionamento do Hospital das Clínicas é contundente. O Hospital se foi selecionando e especializando conforme a especialidade dos professores da Faculdade de Medicina que faziam dele uma extensão de suas cátedras, levando à seleção dos casos clínicos aos casos raros, críticos, de alta complexidade, relegando os casos mais simples e corriqueiros, o maior volume do cotidiano de assistência médica, a outros serviços de saúde, dando ao aluno egresso da Faculdade de Medicina uma visão parcial da realidade da clínica e a inabilidade de lidar com o cotidiano. Assim, a construção de um Hospital que pudesse fazer a interface entre a população e a complexidade do Hospital das Clínicas era importante para o projeto comunitário do Curso Experimental de Medicina.

A pedra fundamental do Hospital Universitário foi lançada em 11 de março de 1975²⁶ - ano de início da última turma do Experimental – e sua inauguração acontecerá em 1981 - um ano após a formatura do último grupo do Experimental. Ao longo do percurso de seu projeto associado ao Curso Experimental de Medicina até sua inauguração, diversas modificações foram acontecendo em sua concepção.

PFS: se achou interessante ter um curso talvez mais ligado ao Hospital Universitário do que à Faculdade de Medicina (+) por isso a ideia de um curso diferente. Já que a gente ia fazer um curso novo (+) que teria características diferentes (+) e um curso mais integrado, esta foi a ideia básica, (+) a ideia era ter uma colaboração maior (+) entre (+) ciências básicas e as ciências clínicas DO Hospital Universitário (+) uma ideia boa porque o Hospital Universitário (+) HOJE é um hospital de atendimento basicamente, e esta não era a finalidade original deste hospital, mas ser um hospital um pouco diferente mais integrado às ciências básicas (+) que a gente sempre achou que NA faculdade de medicina a integração não tava muito boa. /.../ mais tarde, principalmente com o governo militar (+) o curso experimental era considerado meio subversivo (+) porque tinha muita gente de esquerda nele então (+) e a faculdade de medicina também nunca (+) aceitou essa divisão (+) do curso aqui na cidade universitária do curso lá na Dr. Arnaldo (+) e (+) na primeira oportunidade isso foi (+)abolido e (+) o Hospital Universitário infelizmente que tinha AO LADO dele um (+) setor de pesquisa e ensino que atualmente é o Biomédicas III (+) bem do lado do Hospital (+) era um setor de pesquisa onde os médicos do Hospital Universitário faziam pesquisa ao lado (+) do atendimento. É uma ideia bem interessante isso /.../ a única coisa que foi mais prejudicada é o Hospital Universitário (+) que a ideia era que o professor do Hospital Universitário trabalhava em tempo integral (+) de manhã, ou sei lá a tarde, trabalhava no setor de ensino e pesquisa e uma outra parte do dia trabalhava com doentes

²⁶ Ata da Congregação da FMUSP de 14 de março de 1975, p.276v.

no Hospital (+) e a ideia era integrar o atendimento médico do Hospital com pesquisa (+) isso nunca funcionou muito bem.

Recuperando a proposta diferenciada do Curso Experimental de Medicina, o Hospital Universitário – hospital que lhe daria o suporte clínico – também se mostra diferente do Hospital das Clínicas – o outro hospital escola da Faculdade de Medicina – através da integração do ensino/atendimento à possibilidade de pesquisa associada, pois seria construído em espaço contíguo um setor de pesquisa e os professores do Hospital Universitário seriam contratados em tempo integral para responder a estas duas demandas. Projetado para ser um *“hospital comunitário, que daria atenção médica a uma comunidade definida, delimitada, embora tivesse uma função também geral”*²⁷ deixando o atendimento das especialidades para o Hospital das Clínicas, o Hospital Universitário tem uma primeira ação construtora com a terraplanagem e abertura das vias de acesso no terreno destinado à sua construção no ano de 1969²⁸ e é então paralisada

A2.1: quando a gente estava no primeiro e no segundo ano (+) um colega fez umas fotografias da terraplanagem que tinham feito pra fazer o hospital. Opa! Agora vai sair o nosso hospital! ((risos)) só que aí ficou na terraplanagem e não fizeram mais nada, ficou anos e anos sem levar adiante a proposta do hospital do Experimental.

A paralisação das obras leva a reivindicações para que a diretoria da Faculdade de Medicina intervisse junto ao Governo do Estado para que a verba necessária para a continuidade das obras fosse liberada²⁹, ao que professor Odorico Machado de Sousa, catedrático de Anatomia da Faculdade de Medicina, faz um alerta à Congregação pedindo

providências junto ao Governo do Estado para não congelar a verba do Hospital Universitário, e que se tomem medidas necessárias para a construção do referido Hospital, senão veremos todos os alunos do Curso Experimental de Medicina dentro de nossa Faculdade desagregando o nosso curso³⁰

Em 1969, o Hospital Universitário ter a verba para sua construção retida e seu projeto paralisado apenas são significativos por conta de uma contaminação desagregadora que o Curso Experimental de Medicina causa na estrutura da Faculdade

²⁷ Depoimento de Guilherme Rodrigues da Silva à Walkíria Costa Fucilli Chassot componente da publicação comemorativa aos 20 anos do Hospital Universitário. Cf. em Chassot, 2001, p. 18.

²⁸ Depoimento de Sebastião de Almeida Prado Sampaio à Walkíria Costa Fucilli Chassot componente da publicação comemorativa aos 20 anos do Hospital Universitário. Cf. em Chassot, 2001, p. 21.

²⁹ Ata da Congregação da FMUSP de 27 de outubro de 1969, p. 43 a 46.

³⁰ Ata da Congregação da FMUSP de 27 de outubro de 1969, p. 43v.

de Medicina, é o que nos leva a crer a declaração do professor à Congregação. Esta dimensão é reforçada pela declaração do antigo aluno:

A3.4: Outra coisa: sempre falaram que o Curso Experimental teria o Hospital Universitário como o hospital escola. Só que esse hospital escola não existia. Quando a gente começou a frequentar o HC, a gente começou a ter um pouco de dificuldade, porque os colegas do Tradicional já estavam lá. Então, a gente achou que deveria fazer um movimento pra conseguir esse hospital universitário. E nós, alunos, saímos pra fazer um abaixo-assinado. Isso foi uma coisa muito interessante. Quem era contra, quem era a favor do Experimental não importava, TODO MUNDO resolveu assinar: quem era a favor porque achava que o Experimental devia ter seu próprio hospital escola (+) e quem não gostava do Experimental, professores e alunos diziam “é bom que eles tenham seu próprio hospital porque saem daqui e deixam a gente em paz”.

A manifestação dos alunos em prol da construção do Hospital Universitário é apoiada por toda a comunidade da Faculdade de Medicina, tanto alunos quanto professores aprovam o pleito, mas por motivos diversos. A oposição vislumbra a oportunidade de eliminar por completo o Curso Experimental de Medicina de seu espaço, tal qual a declaração do antigo professor de Anatomia. Esta não é a única ação que os alunos encetam para que o Hospital fosse uma realidade:

A2.3: havia um esforço muito grande para se conseguir construir o Hospital Universitário a tempo de a minha turma fazer o internato nele. Era uma promessa do Eduardo Marcondes, a cada vez que ele se reunia com a gente, falava “o Hospital Universitário vai sair”. Modificada posteriormente para “não sei ainda se vocês vão conseguir fazer internato lá”, coisa que de fato não aconteceu. Aconteceu muitos anos depois.

A3.1: nós batalhávamos na época, e eu mesma participei de várias atividades, PARA construção do HU. Que a gente achava que o HU ia ser o NOSSO hospital, do curso experimental, porque aí lá nós íamos ter internato, então lá nós íamos ter o curso experimental mais legal ainda! Nós já éramos críticos ao ensino centrado no hospital, a gente sabia que (+) a gente ia ter coisas assim que não eram coisas do dia-dia, a gente ia ver patologias raras, mas que drena pro Hospital das Clínicas, e a gente achava que a gente tinha que ter patologias, todo esse espírito crítico foi sendo desenvolvido ao longo dos quatro anos, era um curso extremamente crítico, a gente discutia muito /.../ a gente sempre se perguntou! “Será que a coisa teria sido diferente ((se o Hospital Universitário estivesse disponível para internato))?” Teve uma época que a gente culpava muito o professor Eduardo Marcondes “será que se o professor tivesse brigado mais” (+) mas (+) é aquela coisa de aluno (+) mas eu acho que não tinha mais força política pra conduzir aquela situação.

Tal qual a infraestrutura para as aulas que não se aprontou e exigiu adaptações - levando mesmo ao retorno para a Faculdade de Medicina – o Hospital Universitário também não é disponibilizado como espaço do Curso Experimental de Medicina, sujeitando os alunos à lógica de funcionamento do Hospital das Clínicas para suas atividades clínico-hospitalares.

Importante sinalizar que não há relatos acerca de movimentos em prol da construção do Hospital Universitário a partir dos entrevistados da quarta turma do Curso. Aventamos duas questões para essa ausência.

Primeiro, houve uma paralisação completa das obras do Hospital Universitário em 1969, com retorno apenas em 1975, ou seja, as obras pararam no ingresso da terceira turma e retornaram no ingresso da última turma do Curso Experimental de Medicina, o que afastaria as turmas quatro a oito da luta por não se observar nenhuma retomada nas obras. O Hospital Universitário é um ideal, uma promessa, mas não passa de um terreno aplanado na Cidade Universitária. Segundo, a partir da quarta turma há um processo de deslugarização da Cidade Universitária e lugarização da Faculdade de Medicina e suas estruturas incidente, o que deslocaria o centro de interesse de um hospital virtual para um hospital real, referencial e disponível.

Há, contudo um terceiro fator muito significativo na história do Curso Experimental de Medicina que colabora para esta perda de significação. Em 1972, quando a primeira turma do Curso Experimental de Medicina é conduzida para o Hospital das Clínicas para realizar a etapa dos internatos por completa impossibilidade de realiza-lo no Hospital Universitário, a Congregação institui a fusão dos internatos do Curso Experimental de Medicina e do Curso Tradicional de Medicina³¹. Ainda que os alunos circulassem nas clínicas em grupos separados, constituídos apenas por alunos de um ou outro curso, oficialmente o internato seria fundido a partir de então, pondo fim à necessidade de um espaço específico para o Curso Experimental de Medicina, posto que ele teria o mesmo programa do Curso Tradicional de Medicina e o Hospital das Clínicas era plenamente capaz de suprir as necessidades observadas pelo Tradicional, por consequência seria capaz de suprir as necessidades do Experimental.

Quando o Hospital Universitário é colocado em funcionamento, guardará apenas como lembrança ter sido idealizado por conta da existência de outro curso na Faculdade que não mais existia e, portanto, não precisaria mais ser contemplado em sua estrutura administrativa e de atendimento.

A3.2: O que tinha pra todo mundo, uma coisa bastante forte entre os alunos, era a defesa do Hospital Universitário. Na época o Hospital Universitário ainda não existia, havia um esqueleto do hospital e houve uma demora no processo de construção e conclusão do Hospital Universitário, mas o que

³¹ Ata da Congregação da FMUSP de 30 de junho de 1972, p. 203.

tinha era que neste projeto de experimentação, digamos, de uma nova forma de formar médicos era uma preocupação com a necessidade e a importância da existência de um Hospital (+) de enfoque comunitário. E a concepção original do Hospital Universitário (+) que seria um hospital que funcionaria com uma lógica totalmente distinta do Hospital das Clínicas que era visto como um hospital, basicamente, como um hospital de especialidades e formação de especialistas (+) pra importância de um hospital com enfoque comunitário e que tivesse a capacidade de formar REALMENTE o chamado médico generalista. Então, praticamente todo mundo, mesmo sem entender sobre metodologias e processo de formação e tudo mais, (+) tinha essa percepção da importância do hospital. A existência física. E esse hospital demorou. E, me parece, quando ele foi construído e começou a funcionar, ele já começou a funcionar como uma espécie de extensão da lógica de funcionamento do Hospital das Clínicas. Então, na verdade, também o próprio projeto de utilização do Hospital Universitário como base da formação de profissionais acabou falhando nesse momento da unificação e na hora que a lógica de abertura e funcionamento do Hospital Universitário ele se subordinou à lógica do Hospital das Clínicas. Mas isso eu acho que é reflexo do fato que os remanescentes do projeto e os defensores dessa lógica de formação em que o próprio campo de formação era importante, realmente se diluiu nesse período.

O Hospital Universitário não é completado a tempo de ser campo de atuação dos alunos do Curso Experimental de Medicina. Inicialmente não havia verba para a construção mas havia mobilização, inclusive dos opositores, para que ele fosse concretizado. A demora na obtenção de verba para a construção leva à inevitável ressignificação pois, não há motivo para construir um hospital baseado em uma concepção formadora em extinção. Quando a verba é enfim obtida, constitui-se uma comissão para o planejamento do projeto de construção do Hospital Universitário e desta comissão participam Eduardo Marcondes e Guilherme Rodrigues da Silva, mas eles são apenas duas vozes diante de outras mais numerosas e não têm como sustentar um projeto original sem um curso formador de retaguarda, e mesmo que tivesse o curso, este já não representava mais a necessidade de um hospital diferenciado para sua formação.

Tal qual o Hospital Universitário, o Posto de Saúde próprio também tem uma demora expressiva para ser concretizado e receberá apenas as duas últimas turmas do Curso Experimental de Medicina, entrando em funcionamento em 1977.

PMP.2: de 70 a 77 nós estávamos num centro de saúde da rede, que não tava preparado pra receber os alunos (+) nós tivemos que fazer boxes no corredor do centro de saúde, a administração do centro de saúde era uma administração que não estava sob (+) a nossa condução (+) quer dizer, na verdade nós estávamos ali, como eu posso dizer (+) ALOJADOS. Só em 77 é que nós então, com a construção do Centro de Saúde-Escola do Butantã, que foi um prédio pensado pra ser um centro de saúde-escola (+) e que ficou sob administração DA Faculdade de Medicina (+) então nós pudemos trabalhar, acompanhar a questão administrativa, organizar a assistência, organizar os

programas que um centro de saúde precisa desenvolver, sob a perspectiva, lógico que a assistência também é importante, mas sob a perspectiva do ensino também. Como também ((na perspectiva)) de extensão, já que a gente tá atendendo uma comunidade lá do Butantã. Nós ficamos com uma população (+) onde nós pudemos fazer um trabalho JUNTO com a comunidade do Butantã, que mobilizava, que trabalhava, que de certa forma também procurava acompanhar a administração do centro de saúde. Isso permitiu também uma participação da população no que tava acontecendo na administração do centro de saúde. /.../ Não era um centro de saúde nosso, foi uma improvisação física. E também uma população sobre a qual a gente não tinha (+) uma ideia do que é que estava acontecendo, quer dizer, eram pessoas que iam ao centro de saúde mas a gente não tinha DOMÍNIO DA LAPA (+) nem cabia. A medida em que a gente não ia ficar lá não tinha porque você mudar (+) a sistemática com que o Centro de Saúde da Lapa trabalhava. Na hora que era o Butantã, então nos organizamos para que tivéssemos um (+) um local de demonstração de como é que se fazia atenção numa unidade básica de saúde.

Como as estruturas próprias não foram colocadas em funcionamento em tempo de atender seus desígnios junto ao Curso Experimental de Medicina, outros cenários foram capitalizados para a formação.

Um campo de atendimento primário no Centro de Saúde da Prefeitura de São Paulo é aberto via convênio, contudo, ele não é satisfatório. Não apenas o espaço físico é inadequado e insuficiente, exigindo improvisações e remanejamentos, mas administrativamente o campo não estava sob controle da Faculdade, o que significava que não se poderiam reprogramar as atividades cotidianas e as rotinas de forma a constituir um espaço educador pleno. As possibilidades de atendimento eram, sem dúvida, formadoras, contudo, o Curso Experimental de Medicina não buscava apenas a formação técnico-profissional, ao que credita-se uma perda de concepção formadora.

A2.3: toda parte de clínica, de ambulatório, a gente atendia em um posto de saúde, na verdade, dois postos de saúde, que eram cuidados pelos alunos (+) do experimental. O da Lapa e o de Pinheiros. Em algumas áreas. (+), algumas disciplinas, tivemos mais oportunidades de praticar. Então, o atendimento ambulatorial de pediatria, (+) de clínica geral, era feito no posto de saúde, e eu não sei como é que o pessoal do curso tradicional fazia isso. Não tenho ideia. (+) No quarto ano, estudávamos teórica e praticamente Ginecologia e Obstetrícia (+) no Hospital do Tatuapé, recém-inaugurado (+). Tínhamos a oportunidade de ter experiência prática, com exigência de se cumprir algumas metas, fazer certo número de partos, auxiliar cirurgias. No HC, em todas as áreas, era grande a disputa pela oportunidade de ter essas experiências práticas.

No centro de saúde, os alunos acompanhavam, a partir do terceiro ano curricular, o atendimento, as rotinas, as intervenções em pediatria, clínica médica e medicina preventiva, vislumbrando uma realidade distinta da realidade do Hospital das Clínicas.

PMP.2: no centro de saúde a gente procurava mostrar pros alunos uma realidade diferente daquela que o HC mostrava. Não tô desprezando, não tô menosprezando, mas tô dizendo que é uma forma distinta que você trabalha com o doente no ambulatório do doente internado, você tem uma complexidade maior, então fazia sentido também com aquilo que a gente procurava mostrar no departamento com o que eu tô chamando de humanidades, um termo mais recente que se tá usando, mas no sentido (+) do aluno não olhar só um órgão, que ele é um ser íntegro, que você tá lidando com uma pessoa que (+) socialmente existe e se relaciona na sociedade (+) e eu acho que o curso experimental ele permitia essa discussão. Ele permitia, na medida em que você tava analisando não o doente deitado mas o doente deambulando, aonde ele tem os problemas todos do cotidiano.

Na concepção da medicina comunitária do Curso Experimental de Medicina, o centro de saúde cumpre a função de atendimento primário, mas também de triagem para o atendimento hospitalar. O centro de saúde seria uma porta de entrada para o hospital secundário, caracterizado pelo Hospital Universitário.

P: todas as turmas que iam pro Centro iam com algum professor da Faculdade?

A3.2: SIM! Sempre! Que é, eram ou professores vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva, ou (+) professores da Pediatria, e tinha um grupo que fazia um pouco de atendimento ambulatorial em pediatria, que fazia um pouco essa ponte entre o hospital e o Centro de Saúde. E todo esse processo, depois, com a construção do chamado Centro de Saúde-Escola do Butantã, que fazia parte também desse projeto do Hospital Universitário, quer dizer, o Hospital Universitário teria como uma das portas de entrada esse Centro de Saúde, que foi construído na entrada do Instituto Butantã, e que teria que estar integrado com o Hospital! E que também nunca se integrou com o Hospital porque ele era, digamos, mantido por um grupo de professores alguns ligados à Preventiva, outros ligados à Pediatria, e muito poucos outros departamentos se interessaram pelo projeto do Centro de Saúde como um campo de formação.

O Centro de Saúde, conforme o antigo aluno, era ligado à Pediatria e à Medicina Preventiva, e poderiam ser relacionadas aos professores Eduardo Marcondes e Guilherme Rodrigues da Silva, professores que já enfrentavam resistência na Faculdade com o Curso Experimental, o que pode ser um dos motivos para que o Centro de Saúde não se tenha integrado, de fato, ao Hospital Universitário e à ordem de atendimento e prestação de assistência vinculada ao complexo médico da FMUSP, quando, enfim, as duas estruturas estão prontas.

Campo específico e inaugurado pelo Curso Experimental de Medicina, o atendimento de alunos da Faculdade de Medicina em postos de saúde, em atenção primária, não encontrava precedente no Curso Tradicional de Medicina. Apenas os alunos do Curso Experimental de Medicina iam para postos, pois após a construção do Hospital das Clínicas, o curso de medicina da Faculdade de Medicina se concentra neste

campo de estágio, de internato e de residência, criando uma zona de exclusão na cidade onde o atendimento é descolado da realidade das necessidades mais amplas da população. O Hospital das Clínicas recebia os casos mais críticos, os mais raros, os mais complexos, fazendo com que os estudantes da Faculdade de Medicina se distanciassem do cotidiano da prática médica, cotidiano este buscado e estimulado no Curso Experimental de Medicina ao afastar os alunos do centro médico tecnológico de especialidades representado pelo Hospital das Clínicas e leva-los aos postos de saúde, que atendem um grupamento da população circunscrito a um bairro, uma zona da cidade, e acabam recebendo os “doentes em pé”, não institucionalizados.

Ao lado do convênio com a prefeitura de São Paulo para a utilização do Centro de Saúde da Lapa, outros locais são incorporados para suprir a falta do Hospital Universitário, como o Hospital e Maternidade do Tatuapé, o que leva os estudantes a conhecer e vivenciar diversos locais de atendimento à população:

A3.5: eu acho que nós tivemos uma ênfase muito maior na medicina preventiva, por exemplo /.../ que não era uma ênfase no curso tradicional. Era tão interessante que, a gente saía do campus, no quarto ano eu ia pro Sanatorinhos, estudar tubérculos, que era no Ipiranga. Obstetrícia era no Tatuapé, e sem falar nos estágios em Marabá, mas eu não fui nesses campi estendido. (+) Nós íamos pro Centro de Saúde da Lapa, isso na puericultura que era lá, e (+) a gente via essas alternativas de medicina social pra gente entrar. Então o que a gente aprendeu era como que o povo adoece, como que a gente resolve isso. Nós tivemos uma formação muito boa mesmo. Estudávamos assistência primária, assistência secundária, os modelos, o modelo soviético a gente estudava bastante, e a gente via como que era. Eu acho que a ênfase foi bastante diferente. Na clínica talvez não. Porque disseram a ênfase nossa foi a clínica. Não. Eu acho que até eles acabaram tendo, mas eu diria que, para o estudante médio, que não é SUPER interessado, talvez no experimental ele tivesse mais contato com essas especialidade todas, não especialidade mas visão, do que um aluno do tradicional.

A ampliação dos cenários de prática comunga com a perspectiva de formação e atuação proposta no Curso Experimental de Medicina. Voltado para a formação geral de alta qualidade – que permitiria a especialidade pois de base sólida – o foco principal da formação e treinamento é a clínica, através das áreas de maior incidência de atendimento nos serviços de saúde, a ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica geral e a medicina preventiva. Ao lado desta formação técnica, a formação humana, a formação de um fazer/ser médico mais ampla.

A4.2: eu diria dois pontos fortes que nós sentimos (+) o primeiro é a divisão do curso não por matérias, não pela farmacologia, patologia, histologia, mas pelos blocos, pelos blocos de conhecimento. (+) isso dava ao aluno, uma visão muito mais global (+) de como de fato funciona um sistema do corpo

humano (+) e como as várias especialidades se integram no conhecimento, no diagnóstico e no tratamento das doenças (+) desses órgãos. E um outro aspecto muito importante do curso experimental, era (+) a divisão em pequenos grupos (+) que era um curso muito mais voltado a ter um professor com alguns alunos na discussão de casos na visita à enfermaria, no debate de temas relacionados com o ensino, diferente do curso tradicional que (+) adotava a fórmula convencional das aulas magnas, de todos os alunos se reunirem na classe, o curso experimental fragmentava isso em pequenas turmas em pequenos blocos.

PBQ.2: era muito marcante pra eles essa forma de trabalhar. E tinha a intenção de desenvolver neles a crítica, a autonomia, a capacidade individual, que a gente se via não como a fonte do conhecimento, mas como orientadores do estudo. Então eles estudavam e a gente ia lá pra discutir com eles, pra assessorar o estudo. A fonte da informação não somos nós, são os livros. É ali que eles tem aquela informação, agora a gente é um tutor, a gente tá orientando aquele aluno. E aqueles grupos de discussão eram MUITO ricos, e eles aproveitavam MUITO sobre dois aspectos. Sobre o aspecto técnico do aprendizado, mas sobre o aspecto do comportamento, e isso era muito marcante /.../ esse é um aprendizado pro CONVÍVIO profissional muito importante.

O aluno do Curso Experimental de Medicina era formado para o atendimento clínico de qualidade, mas também para a convivência e respeito do trabalho em equipes e para a compreensão da integração dos conhecimentos.

A3.5: [o curso] tinha um FIO condutor. O fio condutor era “nós vamos mostrar pra vocês como o corpo humano funciona e quais desacertos acontecem nesse funcionamento e quais são as consequências” e aí a ênfase clínica (+) o RACIOCÍNIO clínico (+) era criado a partir disso. E era muito forte (+) a capacidade de raciocinar clinicamente, que é esse raciocínio dedutivo /.../ a gente foi ensinado a fazer isso /.../ juntar alguns elementos pra fazer uma hipótese.

A2.3: E embora eu tenha me afastado da medicina na minha (+) na minha prática /.../ a concepção de aprendizado (diferente de uma concepção de ensino), as experiências, a mentalidade científica foram tão valiosas que me servem de modelo até hoje: modelo de pensamento, de (+) aprendizado, de ensino.

A3.4: O que tenho certeza, e eu conversei recentemente com um colega que foi da primeira turma que acha a mesma coisa/.../ é que fomos muito bem formados. MUITO. A formação que a gente teve na Faculdade foi (+) muito boa. Em termos de tudo: bom raciocínio, uma boa formação geral, uma boa base. Mas eu também acho que o pessoal do Tradicional teve a mesma boa formação.

O raciocínio clínico; a autonomia do pensar e propor uma hipótese diagnóstica e o tratamento; o desenvolvimento das habilidades de trabalho em grupo, respeitando a individualidade, prezando a coletividade; o desenvolvimento do senso crítico; o estímulo à busca por soluções; são preponderantes no Curso Experimental de Medicina, reforçando a dimensão do papel do aluno e do professor prevista no projeto

do Curso. Alunos ativos e professores colaborativos, incentivadores da constituição de uma autonomia nestes alunos.

PMP.2: o que eu acho mais interessante nesse processo, foi a forma como se pensou o currículo (+) quer dizer, era um currículo que procurava de um lado atender a formação dos alunos (+) em diferentes (+) níveis de atenção médica (+) era atenção primária ou atenção básica, a atenção secundária e a atenção terciária (+) e pra isso então, dois instrumentos importantes foram acionados, que era o centro de saúde, que começou precariamente lá no Centro de Saúde da Lapa, isto foi no ano de 70, onde nós precariamente estávamos (+) acompanhando os alunos já no 4º ano do curso médico para o atendimento a população usuária do centro de saúde. E também o Hospital Universitário, que seria uma unidade para atendimento (+) para (+) treinar os alunos em atenção secundária. E tinha aqui o Hospital das Clínicas que completava então, a atividade já no nível terciário e quaternário. Então essa era uma coisa interessante. Eu acho que foi uma proposta bastante INOVADORA mudando substancialmente o currículo tradicional cuja participação em atividade de atenção primária era nula. Eu fiz o curso na Faculdade de Medicina e nunca tive oportunidade pra conhecer o que acontecia com a população no dia-dia, no cotidiano na atenção primária.

O Curso Experimental de Medicina ocupa espaços distintos e diversos na assistência médica. A Faculdade de Medicina e seu curso Tradicional ficava concentrada no Hospital das Clínicas e era necessário ir até ela para ser atendido por ela. O Curso Experimental de Medicina leva a Faculdade de Medicina para junto da população, se aproxima do cotidiano do sistema de saúde público, e proporciona uma vivência que ultrapassa o aprendizado clínico-técnico e atinge a formação humana ao potencializar as características de relação com os pacientes e com as diversas instituições de saúde.

O Curso Tradicional de Medicina concentrado no Hospital das Clínicas se acha ensimesmado, voltado para sua própria realidade de tecnologia e seletividade da gravidade, o Curso Experimental de Medicina se expõe e constrói um lugar marcado pela diversidade, pelo acompanhamento da população, mas também, pela desglamourização do fazer médico. A Faculdade de Medicina é campo de grandes cirurgias, desenvolvedores de inovações técnicas e terapêuticas que salvam vidas desenganadas, e seu o Curso Tradicional de Medicina representa esse glamour. Mas o Curso Experimental de Medicina lida com a população e suas necessidades mais cotidianas e imediatas, sem o glamour mas com eficiência e efetividade na manutenção da saúde da população.

As dimensões da integração; a nova espacialidade; o alargamento das relações aluno-professor, aluno-conhecimento; contrariam a visão tradicionalista de

ensino e faz com que seus defensores busquem formas de eliminar o “contaminante”. O território que o Curso Experimental de Medicina buscava construir a partir de uma concepção formadora distinta e ampliada é recorrentemente disputado, pois, não apenas colide com o território tradicional, mas o afronta, o questiona, o ameaça, e a resistência é percebida pelos alunos:

A1.2: algumas disciplinas o professor titular, o catedrático, não era a favor do experimental. Então, vamos dizer, professores que naquela época eram professores da disciplina aqui ((na Faculdade de Medicina)) passaram a ser responsáveis pelo experimental. Mas como não havia o aval do titular, então a maioria das coisas era feita lá, fora ((na Cidade Universitária)). Naquelas disciplinas em que o titular ou era à favor ou aceitava “vamos ver o que vai dar, não sou a favor mas também não sou contra”, havia espaço aqui. Então vou te dar um exemplo. Neurofisiologia, que era um curso grande, era dado pelo falecido César Timo Iaria (+) nós tivemos o curso todo aqui. ELE era o responsável pela neuro, ELE era a favor do experimental, ele deu tudo aqui. Anatomia patológica, o titular era totalmente contra. Então /.../ toda a anatomia patológica foi lá.

O aluno (A1.2) da primeira turma do Curso Experimental de Medicina é claro em associar a resistência da Faculdade de Medicina ao Experimental e à ausência de espaços para que o Curso ocorresse. Onde o catedrático aceitava, o Experimental teria espaço para as aulas no prédio da Faculdade de Medicina, onde não fosse aceito, o Curso era empurrado para outro local, na Cidade Universitária. A resistência refletida em espaços restringidos é relato recorrente entre os entrevistados. Todavia, a restrição de espaços ocorre para as aulas e não para a utilização dos espaços acadêmicos:

A2.2: eu sei que existia entre o corpo docente mesmo (+) uma (+) posição CONTRÁRIA a ter dois cursos que era muito forte, mas a gente não sentia isso (+) por ESTAR LÁ ((na Cidade Universitária)) Quando a gente vinha pra cá ((na Faculdade de Medicina)) a gente sentia mais esse negócio, de ficar um pouco incomodado, de ser muito diferente aqui porque lá era muito mais à vontade do que aqui (+) mas assim, nada que fosse (+) de impedir que a gente pudesse ter acesso as coisas, isso não nunca senti, como aluno.

O aluno (A2.2) da segunda turma pontua: a resistência existia, os espaços para aula eram deslocados para a Cidade Universitária, porém, não lhes era impedido o acesso à Faculdade de Medicina, e todos os entrevistados relatam sua relação com as instâncias do CAOC, com a Atlética, com o Restaurante Universitário, Biblioteca. Ou seja, os espaços destinados aos alunos eram livres, mas os espaços dos professores não, distinção que parece existir mesmo para os alunos do Curso Tradicional de Medicina. Os alunos não circulam livremente pelas dependências da Faculdade de Medicina, eles circulam pelas dependências a eles destinadas, respeitando o espaço de soberania do

docente, constituindo os territórios do corpo discente e do corpo docente, o que também se torna ponto de atrito nos alunos do Curso Experimental de Medicina:

A1.3: esse é um período em que os professores ainda se chamavam catedráticos e eles eram reis absolutos. Pra você ter uma ideia, quando o professor entrava a gente ainda levantava. À moda antiga, parecia escola primária. Você não podia conversar com o professor, ele era o senhor Deus! Era uma coisa assim, você não podia interromper “professor, me explica isso”, não TINHA isso. Então eles queriam implantar não só uma estrutura didática diferente mas também um contato diferente com os professores. E a nossa turma nisso humilhou! ((risos)) a gente ia jantar com professor! Era uma coisa que era inconcebível com o professor catedrático que estava lá em cima de terno e gravata e o aluno estava aqui em baixo no chão. Não tinha nenhuma (+) nenhum contato pessoal praticamente. E depois da gente a coisa pegou! /.../ Era um entrosamento que foi FANTÁSTICO, nesse sentido (+) então, o que que aconteceu? Isso acabou criando um monte de ciúmes dentro da faculdade. E tinha até briga. Então por exemplo, só pra você ter uma noção: o responsável pela área cirúrgica era pra ser um professor ((favorável ao curso)) e por algum motivo, escolheram outro professor ((que era de oposição)) Bom, o que aconteceu? A nossa turma de 50 tem três cirurgiões! Porque o pessoal da cirurgia simplesmente bloqueou o experimental, e xingavam a gente, mas não tinha nada a ver com eles pessoalmente, era a guerra de vaidades entre os professores! (+) isso aí vinha de antes. Pra você ter uma ideia de o que era a USP nesse tempo, eu tô falando isso nos anos 50. Nos anos 50 você tinha grandes professores, o que que eles inventaram? Por exemplo a cirurgia tinha três cirurgias porque tinha que ter cátedras para os três professores! Um não aceitava ser submisso ao outro.

Uma relação de proximidade com os professores que não apenas permitia que os alunos questionassem os professores, mas também que incluíssem os professores em uma vida extra-sala de aula, colocando professores e alunos em uma mesma linha social. A estrutura tradicionalista que reservava posições e papéis aos docentes e alunos, baseado em relações de soberania e superioridade do conhecimento de mestres e discípulos era afrontada pela informalidade com que os alunos do Curso Experimental de Medicina se portavam e eram recebidos pelos professores, pois esta relação diferencial era parte do currículo do Curso.

A4.1: Porque tinha muita resistência. Eu me lembro até o diretor da Faculdade dizia (+) ele dizia que “bloco era bloco carnavalesco” ((risos)) eu sei que tinha essas resistências, de que o curso tinha que ser tradicional, que isso aí era (+) era uma veleidade de alguém.

A4.4: o curso experimental (+) era (+) parte da Reforma Universitária, parte da questão de que os departamentos tinham que sair da Faculdade. Essa briga aí acho que era uma briga (+) que tinha na época (+). A Faculdade de Medicina (++) a medicina sempre teve esse poder, o poder (+) do povo /.../ o sujeito com mais capacidade de ser absorvido pela corte tal, era o médico /.../ então ser médico tem esse valor. Depois o poder político que sempre teve. Sei lá, a Faculdade de Medicina é uma coisa (+) fechadona e (+) isso eu tenho ideia. Que a gente estava ali um pouco participando dessa (+) dessa derrubada da CASA DE ARNALDO.

O Curso Experimental de Medicina questiona as relações de poder da Faculdade de Medicina através de sua prerrogativa curricular de construção conjunta do curso e do conhecimento, mas também por sua proposta de reorganização das estruturas disciplinares, dos limites territoriais que cada disciplina ocupava. Assemelhar a estrutura curricular de integração vertical do conhecimento através dos Blocos a uma organização carnavalesca é tão depreciativo quanto categorizar o Curso como uma “veleidade”. Ambos indicam para esse abalo nas relações de poder, mas a sensação do antigo aluno A4.4 de que “*a gente estava ali um pouco participando dessa (+) dessa derrubada da CASA DE ARNALDO*” é significativa do temor que atinge a Faculdade de Medicina por ocasião da Reforma Universitária, quando ela se sente amputada.

A Faculdade de Medicina reflete no Curso Experimental de Medicina - que não é fruto direto e imediato da Lei 5540/68, ainda que abrigue algumas de suas prerrogativas – uma culpabilidade que não lhe é cabível, de tal forma e com tal força, que os depoimentos dos antigos alunos sempre retomam a questão da Reforma Universitária e da criação do Instituto de Ciências Biomédicas como um dos focos de grande resistência da Faculdade de Medicina à existência do Experimental. Os idealizadores do Curso eram reformistas, num sentido amplo e não estrito à Lei de 1968, entretanto, o período é de tal forma conturbado e agressivo ao monumento que a Faculdade de Medicina representa que é necessário expurgar qualquer elemento que possa reforçar esse sentimento de perda, e a formação que o Experimental propunha lembrava a Reforma.

PAT: Os alunos do curso experimental eles eram orgulhosos do curso (+) eles até de certa forma menosprezavam o curso tradicional subliminarmente, não que houvesse uma luta entre os grupos, porque os alunos do curso experimental eles começaram aqui e depois que foram lá pra cima. Ah, chegou um ponto do mal estar, só pra lembrar do mal estar que os professores mais antigos tinham em relação ao curso experimental, não é que eles trouxessem dificuldades, eles procuravam não ajudar. Uma vez eu não sei bem qual foi a causa que (+) eu tava dando aula no curso experimental e comecei a encontrar dificuldades (+) e um belo dia eu perdi a paciência e dei uma de terrorista. Eu cheguei pros alunos e “olha, eu não posso fazer isso, isso, isso. Vocês vão lá falar com o diretor da Faculdade, ele é quem tem que resolver”. O diretor era visceralmente contra o curso experimental. Bom eu sei que no dia seguinte foram 70 alunos lá na porta do diretor. Sabe o que ele chegou a fazer? E naquele tempo era ditadura. Ele ameaçou me enquadrar na famigerada lei 477, que era de (+) ligado de certa forma a atividades terroristas. Ele tentou, inclusive, me implicar num processo político! /.../ então, eu fui de uma certa forma prejudicado “quer saber de uma coisa tchau e benção! Vocês ficam com isso aí, vocês se viram”, e eu voltei pro velho tradicional.

Em um período de exceção, a ameaça do diretor é drástica e nos leva a refletir sobre o limiar do terror que assola a “Casa de Arnaldo” para que uma oposição pedagógica se convertesse em uma ameaça à integridade do professor. E essa resistência se refletirá no Curso. Neste caso específico, o professor deixa o Curso Experimental de Medicina e a reação do diretor reforça a crença do antigo aluno de estar colaborando com a derrubada da Casa de Arnaldo.

PMP.3: Havia resistências dos professores tradicionais do curso tradicional, que então achava aquilo tudo uma coisa (+) muito de comunista que tinha ido aprender em Harvard nos Estados Unidos! Não sei como é que eles juntaram as duas coisas, mas enfim, juntaram! Havia muito essa ideia. E (+) ao mesmo tempo eu acho que eles se ressentiam um pouco porque os alunos de fato acabavam gostando mais de lá. Acho que eles tinham um pouco essa questão. Por outro lado, havia resistência das FAMÍLIAS dos alunos. Porque muitas mães chegavam e diziam “ah! Que pena, você não está nessa Faculdade linda, essa escada de mármore”. Eu lembro de ouvir isso, as mães falando no corredor “aqui é tudo tão lindo, você foi estudar lá naqueles barracões!”. Porque eram uns barracões improvisados na Cidade Universitária. Então os pais também se ressentiam um pouco de não estar num lugar que parecia (+) a corte europeia ((risos)) algo assim, porque a referência era essa. Os mármore, a beleza do prédio, a riqueza, a (+) uma espécie de coisa suntuosa, como se isso fosse dar aval (+) porque a São Francisco também é muito bonita, muito bonita até hoje. E aqui o prédio é lindo mesmo, ele é histórico, ele é muito bonito mesmo. Agora, havia essa referência. E vinha pressão de tudo quanto é lado um pouco pra (+) pro curso não VINGAR.

Uma proposta de formação diferenciada que ocupava um nicho de atendimento primário não contemplado pela Faculdade de Medicina e expunha esta possível falha da Faculdade; e que estimulava no aluno o senso crítico e o raciocínio clínico complexo e independente do direcionamento docente, expondo mais uma vez uma possível falha. Um espaço tempo de abalo estrutural da Faculdade de Medicina, com sucessivas derrotas de suas tentativas de reestruturação.

Ambos convergem para que o Curso Experimental de Medicina enfrentasse resistências crassas que vão indicando para sua extinção.

IV. IDEAIS E REALIDADES DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA

Estamos historicamente consagrados à história, à paciente construção de discursos sobre os discursos, à tarefa de ouvir o que já foi dito.

Michel Foucault

O Curso Experimental de Medicina se propõe um projeto de formação de um médico distinto do que se formava até então na FMUSP. Baseado em expectativas educacionais reformistas, que comungavam com uma tendência da sociedade em buscar melhorias da sua saúde e não apenas a cura de doenças, o Experimental traz em sua concepção a orientação para um profissional médico com base generalista-preventivista sólida a partir da qual seria possível atuar em atenção primária ou buscar a especialidade. Não eram situações excludentes, como alguns opositores indicavam ao sinalizar que o Experimental teria uma formação menor e voltada para o médico do Posto de Saúde.

Para alcançar essa proposição, o Curso Experimental de Medicina é pensado amplamente, incluindo relações diferentes, cenários diferentes, metodologias diferentes, constituindo um pacote formador que pretendia constituir, ao final, o profissional diferente.

Este pacote formador incluía uma proposição de papéis para os alunos e professores que envolvessem uma relação de proximidade e confiança mútuas, instalando um ambiente em que o professor cederia sua posição de detentor do saber e ocuparia a posição de orientador da aprendizagem, ao lado do aluno que deixaria a posição de receptor-passivo e ocuparia o papel de construtor do conhecimento, em uma responsabilidade partilhada com o percurso formador.

No pacote ainda estava uma dimensão de integração intrincada e permeada por condições físicas, filosóficas, educacionais e emocionais, que dariam a base de

sustentação para uma formação abrangente, onde não apenas se estimularia o olhar para outras possibilidades de fazer médico, mas também o pensamento crítico e a raciocínio clínico independente.

Ao longo das oito turmas que ingressaram neste Curso, a situação do Experimental vai se alterando e ele é impactado, em sua concepção fundante, levando-o a adaptar-se. O período político de exceção, com o Regime Militar recrudescendo sua intervenção nos direitos civis, cobra sua parcela ao retirar do Curso diversos professores. Isaias Raw e Alberto Carvalho da Silva são aposentados e deixam o país, mas ao lado destes, diversos professores são cerceados, dispensados, anulados, obrigando a uma redesignação de professores que não eram necessariamente adeptos do modelo do Experimental, impactando em metodologia e concepção formadora.

Ao lado da substituição de professores, a infraestrutura de apoio não se apronta e, o Curso que é inicialmente realizado na Cidade Universitária, vai, aos poucos, sendo conduzido para a Faculdade de Medicina e se submetendo à lógica formadora tradicional, estabelecendo quase duas fases em seu oferecimento: as três primeiras turmas têm seus cursos mais puros em concepção, mas as cinco últimas turmas se vão hibridizando, a ponto de serem indicados momentos experimentais e não um curso experimental.

Causadora de um processo de enlutamento e revolta na Faculdade de Medicina, a Reforma Universitária instituída pela Lei 5540/68 também cobra seu preço ao Curso Experimental de Medicina. Ao extinguir as cátedras e criar o Instituto de Ciências Biomédicas - que recebeu as disciplinas básicas - a Faculdade se sente aviltada em seu poder formador e informador da elite médica. Ela perde o controle sobre a formação inicial dos alunos de medicina e vê o volume das pesquisas realizadas sob seu nome ser drenado. Ainda que o Experimental não seja fruto desta lei, ele se aproxima de uma série de princípios dela, e a reação da FMUSP para eliminação do Experimental se traveste de uma associação do Curso à Reforma, imputando ao Curso a pecha de “traidor da Casa de Arnaldo”.

Considerado por seus protagonistas como um curso inovador, moderno, revolucionário até, a concepção formadora do Curso Experimental de Medicina é diferenciada, e abala as relações do poder constituído na Faculdade de Medicina ao instaurar uma nova forma de relacionamento, entre professores-alunos e entre alunos-

conhecimento, para além de apontar para inadaptabilidade desta Faculdade às necessidades prementes da população, através da formação de um médico precocemente especializado e voltado ao fazer hospitalocêntrico.

Correia (1991, p. 27) indica que a compreensão da produção de inovações educacionais pede uma análise crítica que envolva “*a estrutura das relações que a escola estabelece com seu contexto social (...) a estrutura das relações de poder entre os diferentes intervenientes do processo inovador (...) a estrutura das relações de poder que a inovação visa institucionalizar*”, pois uma inovação educacional não é a substituição de meios ou métodos em uso por meios ou métodos considerados mais modernos, mas sim uma ruptura – que pode ser parcial, temporária – com o estado de execução e reflexão das coisas que tem de ser caracterizada pelo reflexo nas estruturas e personagens envolvidos.

Nesse sentido, o Curso Experimental de Medicina provoca uma ruptura no estado corrente da Faculdade de Medicina, sedimentado em tradições e convencionalismos, tanto no percurso formador quanto nas relações estabelecidas, e implementa um novo estado onde as relações humanas, assim como as relações com o conhecimento, são redimensionadas. Pensado como uma experiência, a intensão seria extrapolar a experiência para a incorporação dos resultados ao cotidiano formador da Faculdade, para isso, seria necessário não apenas uma matriz curricular diferenciada, mas espaços e relações de poder que se remodelassem e reconstruíssem.

Neste capítulo, detalhamos a proposta de organização diferenciada do Curso Experimental de Medicina que busca refletir suas concepções formadoras, recuperando, a partir dos depoimentos, seu cotidiano, suas expectativas e suas realidades, retomando cada ciclo com suas especificidades e características intrínsecas para compor melhor o quadro de legitimidades curriculares. Ainda que não seja a intenção primária, a comparação entre os Cursos se faz necessária como cenário, posto que o Curso Tradicional de Medicina é parte do contingente donde emerge o Curso Experimental de Medicina.

1. IDEAIS REFLETIDOS EM ORGANIZAÇÃO

A estrutura básica donde se partiu para alcançar os objetivos do Curso Experimental de Medicina incluiria cinco pontos de apoio:

1) Curso introdutório geral; 2) Integração vertical no estudo de sistemas e aparelhos; 3) Ênfase no ensino de medicina de ambulatorio em centro de saúde, precedido de disciplinas conexas indispensáveis; 4) Ênfase no ensino de clínica médica no treinamento hospitalar; e 5) Regime de internato em dois anos, rotativo no quinto ano (último ano curricular) e eletivo no sexto (internato propriamente dito) (Marcondes, 1975, p. 175).

Conforme o professor Marcondes, são cinco etapas formadoras para o Curso Experimental de Medicina que se sucedem e vão compondo o quadro para que o aluno tenha a perspectiva da integração e ação médica no âmbito comunitário e geral¹.

Quadro IX - Representação da Matriz do Curso Experimental de Medicina			
Semestre	Etapas	Disciplinas	C/H
I/II	CURSO BÁSICO	Bioquímica; Imunologia Geral; Microbiologia Geral; Anatomia Geral; Matemática; Citologia, Histologia e Embriologia Gerais; Fisiologia Geral; Farmacologia Geral; Métodos Quantitativos; Ciências Sociais Aplicadas; Psicologia Médica; Patologia Geral.	1545h
III		Sistema Locomotor; Sistema Nervoso; Aparelho Digestivo; Aparelho Cardio-Respiratório; Aparelho Renal; Sistema Endócrino, Nutrição e Aparelho Reprodutor Feminino; Sistema Hematopoiético.	1980h
IV / V	BLOCOS		
VI	CURSO PRÉ-CLÍNICO	Semiologia; Medicina Tropical (Parasitologia Clínica, Microbiologia Clínica, Imunologia Clínica, Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias); Medicina Preventiva (Método Epidemiológico, Bases Demográficas de Atenção Médica, Estrutura de Atenção Médica, Introdução à Medicina Preventiva, Genética Médica).	645h
VII / VIII	CURSO CLÍNICO	Medicina Clínica I e II (Clínica Médica, Radiologia); Medicina Comunitária I e II (Atenção aos Adultos, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia, Psiquiatria); Oftalmologia; Otorrinolaringologia; Introdução à Cirurgia; Medicina Legal, Social e do Trabalho e Ética Médica.	1440h
IX / X	INTERNATO ROTATIVO	Cirurgia (Aparelho Digestivo, Sistema Vascular, Cirurgia Torácica, Pronto Socorro de Cirurgia, Pronto Socorro de Traumatologia); Obstetrícia e Pediatria Neonatal; Clínica Médica; Moléstias Infecciosas e Parasitárias; Dermatologia; Pediatria; Neurologia; Psiquiatria.	2160h
XI / XII	INTERNATO ELETIVO	Opção em Nível Institucional; Opção em Nível de Área Profissional Geral Clínica ou Cirúrgica.	2160h

FONTE: Extraído e Adaptado de Marcondes, 1975

O curso básico buscava adaptar o aluno vindo do ensino médio ao ensino superior proporcionando a este aluno um conhecimento básico essencial para o acompanhamento do curso médico, conhecimento este tanto morfofuncional quanto psicossocial:

- 1) Contribuir para a adaptação do aluno recém saído do curso médio ao métodos de ensino próprios da universidade e ao ambiente universitário;
- 2) Oferecer aos alunos os ensinamentos biológicos básicos fundamentais e gerais necessários à compreensão dos fenômenos morfológicos, funcionais, patológicos e fisiopatológicos dos diferentes sistemas e aparelhos do corpo humano;

¹ O ANEXO III traz a matriz com as cargas horárias e seriação.

- 3) Oferecer aos alunos os ensinamentos psico-sociais básicos fundamentais e gerais necessários à compreensão dos fenômenos da conduta humana, individual e coletiva (Marcondes, 1975, p. 178).

Reconhece-se a necessidade de introdução do aluno ao mundo universitário através de um momento inicial de aculturação, ao mesmo tempo em que se sanearia possíveis desequilíbrios de conhecimentos pregressos, incorporando um grupo de conteúdos básicos e fundantes do conhecimento biológico que será crucial para o acompanhamento do conhecimento do corpo humano. A aculturação não é apenas metodológica mas paradigmática, visto que esse ciclo básico se dispõe a promover a apropriação pelos alunos de métodos de ensino-aprendizado universitários, mas também se propõe a introduzi-los na filosofia do Curso Experimental de Medicina que versa na integração do ser humano.

Após este período de aculturação com aquisição de conhecimentos essenciais, o curso se organizava em uma estrutura chamada de “Blocos”, onde, sob um tema sistêmico os conteúdos das diversas disciplinas seriam reorganizadas:

- 1) Oferecer aos alunos os aspectos essenciais dos diferentes sistemas e aparelhos, de forma harmônica e integrada, entendido que o benefício maior reside no conhecimento global do sistema e não no conhecimento em profundidade de algumas das partes componentes;
- 2) Desenvolver no aluno a capacidade de diferenciar o normal do patológico, estimulando nele o raciocínio integral em referência a cada um dos sistemas e aparelhos;
- 3) Através do ensino acadêmico, por meio de seminários, e do ensino prático, através de experiências nas quais o aluno participa pessoalmente, criar condições de estímulo à leitura, ao raciocínio, ao diálogo com docentes e com colegas (Marcondes, 1975, p. 180).

Partindo de uma base uniformizadora e formativa, a segunda etapa retoma a necessidade de se manter o conhecimento em um nível geral, essencial e fundamental para a ação futura, mantendo-se a dimensão do todo do corpo humano. Para isso, propõe-se a reorganização dos conteúdos dos diversos campos disciplinares a partir de aglomerados funcionais – os sistemas e aparelhos– e não dos territórios disciplinares. Em um total de sete blocos, designados Sistema Locomotor; Sistema Nervoso; Aparelho Digestivo; Aparelho Cardio-respiratório; Aparelho Renal; Sistema Endócrino, Nutrição e Aparelho Reprodutor Feminino; e Sistema Hematopoiético, os conteúdos se vão sucedendo visando um conhecimento global e integrado dos sistemas e aparelhos, a diferenciação do normal e do patológico e o estímulo ao raciocínio e à leitura, enfatizando os aspectos fisiológicos e fisiopatológicos sem prejuízo dos morfológicos.

Os Blocos são organizados a partir da chave sistêmica e captam, de cada disciplina, “os aspectos morfofuncionais normais e patológicos de acordo com a sequência: A) Anatomia; B) Histologia e Embriologia; C) Fisiologia, Farmacologia e Fisiopatologia; D) Patologia”², incorporando, sempre que possível, a dimensão prática-aplicada junto aos serviços de atendimento:

PAT: o bloco das áreas básicas que se continuaria até a semiologia. Então, seria, começar um conteúdo, por exemplo (+) sistema locomotor, ou sistema osteoarticular envolvendo todos os acessórios musculares, partindo da anatomia (+) então se daria o curso de anatomia do aparelho locomotor. Logo em seguida, histologia, quer dizer, interrompe anatomia continua com aparelho locomotor na histologia. Depois a histologia do sistema locomotor. Farmacologia, enfim! Todas as áreas básicas que circulassem em torno dos aparelhos, e chegando até à semiologia. Inclusive patologia. Todas as áreas básicas seriam integradas neste direcionamento. Quer dizer, faz sistema locomotor todo, depois sistema digestório todo indo até semiologia, e enfim, esgotando todos os sistemas. É claro que a parte clínica seria então (+) executada num outro contexto, mas até pelo menos a semiologia então (+) se usava esse sistema.

Cumprida a etapa dos blocos integrados, o curso avança para a preparação do aluno para a prática na prática tendo como fundamento a medicina ambulatorial, coletiva e preventiva. Assim, o designado Curso Pré-clínico é pensado baseado em Semiologia, Medicina Tropical e Medicina Preventiva, onde se busca instaurar os fundamentos para a clínica, a capacitação para a discussão de problemas médicos, proporcionar noções de administração em saúde e a preparação para a medicina na comunidade.

1. Ministrando conhecimentos fundamentais de bacteriologia, imunologia e parasitologia aplicados à clínica de doenças infecciosas e parasitárias, complementados por informações básicas de epidemiologia clínica, profilaxia e terapêutica das doenças mais importantes do setor;
2. Capacitar o estudante a interpretar resultados de problemas médicos em grupos populacionais e apresentar os temas mais importantes de demografia;
3. Oferecer ao aluno a oportunidade de adquirir noções fundamentais, não só do ponto de vista conceitual, mas também como referência aos conhecimentos básicos que o futuro médico deve ter no campo da organização dos programas e da administração dos serviços de saúde;
4. Apresentar ao aluno os conceitos fundamentais de medicina preventiva, visando principalmente o seu preparo para o estágio clínico em medicina comunitária (Marcondes, 1975, p. 182-183).

Novamente, sob a chave de organização de dois grandes temas – a Medicina Preventiva e a Medicina Tropical – acompanhadas de uma disciplina formadora

² Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. P. 1. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP. Grifos no original.

específica mas fundamentadora e integradora – a Semiologia³ – diversas disciplinas são chamadas a compor o ciclo. A Bacteriologia, a Imunologia, a Parasitologia, a Epidemiologia são chamadas a contribuir com seus conteúdos e conhecimentos voltados para, e incorporados sob, o tema da Preventiva e das Doenças Tropicais. Se reforça o poder aculturador do currículo proposto ao Curso Experimental de Medicina, primeiro através da integração, depois através do foco, preventivo e coletivo.

Desta base, inicia-se a quarta etapa, o Curso Clínico onde o aluno aprende a importância da clínica médica para sua formação e atuação junto aos serviços de saúde com objetivos contundentes na consolidação da proposta do Curso Experimental de Medicina:

- 1) Formar e treinar o aluno em atenção médica, como um dos componentes fundamentais de um programa global de saúde;
- 2) Oferecer ao aluno a oportunidade de sintetizar e aplicar os conhecimentos e métodos desenvolvidos nas disciplinas básicas, bem como a de ampliar o seu adestramento clínico, mediante a participação em atividades que abrangem todos os tipos de ações que visam manter e restabelecer saúde, bem como prevenir doenças e mortalidade prematura;
- 3) Treinar o aluno em problemas médicos de pequeno risco;
- 4) Oferecer ao aluno a oportunidade de valorizar os aspectos ambientais na gênese dos problemas médicos, com ênfase na organização familiar;
- 5) Oferecer ao aluno a oportunidade de encarar o paciente como uma entidade psicossomática indivisível, mediante um treinamento simultâneo em medicina preventiva, pediatria, obstetrícia e psiquiatria (Marcondes, 1975, p. 184-185).

Aqui o Curso Experimental de Medicina se mostra todo e é importante retomarmos cada um dos objetivos listados. O primeiro objetivo explicita a dimensão coletiva do atendimento em saúde, posicionando o atendimento médico como componente fundamental mas deixando claro que ele é um dos e não o único, ou seja, o fazer médico pode não ser redimensionado mas tem de compreender e aceitar a presença de outros fazeres que compõem a necessidade de atendimento da população. Este objetivo conjuga com o quarto, que incorpora a visão ampliada dos fatores causadores de doenças e ao quinto que oportuniza a compreensão do paciente como ser indivisível, constituindo uma pedra de toque do Curso Experimental de Medicina, onde a comunidade, a coletividade e o trabalho conjunto e integrado são fundamentos. No segundo e no terceiro objetivos estes conceitos são reforçados e direcionados para a

³ A disciplina de Semiologia Médica se fundamenta na compreensão dos mecanismos de formação dos sinais e sintomas referentes a cada aparelho ou sistema e sua técnica de pesquisa, organizando os dados colhidos para realizar o diagnóstico (diferencial e final) e presumir o prognóstico.

prevenção e atendimento médico das doenças de pequeno risco, pontuando o foco do Curso, que são textualmente explicitados no quinto objetivo, ao indicar o treinamento privilegiado em medicina preventiva, pediatria, obstetrícia e psiquiatria. Note-se também que o apelo para a prática, para a aplicabilidade de conhecimentos e estabelecimento de conexões básico-clínica são verbalizadas no objetivo dois, e que termos como “treinar o aluno” e “adestramento clínico” são fortes indicadores da vertente prática-aplicada que se busca do desenvolvimento de habilidades concretas. A etapa de Curso Clínico é o centro das intenções formadoras do Curso Experimental de Medicina explicitando essa posição em seus objetivos e em sua matriz curricular⁴.

Para encerrar, a última etapa é composta pelos dois últimos anos do Curso reservados ao internato, o treinamento em serviço. No quinto ano o internato é rotativo e o aluno passa, obrigatoriamente, pelas diversas clínicas e tem uma maior ênfase na cirurgia, até então pouco prestigiada no currículo, permitindo a ele o conhecimento e o treinamento na diversidade:

Desenvolver o desembaraço do aluno frente ao paciente e suas habilidades psicomotoras, assim como aumentar sua vivência clínica, sua experiência em situações de emergência (Marcondes, 1975, p. 186-187).

A tônica prática-aplicada do Curso não é suficiente para construir no estudante as potencialidades totais, ao chegar nesta fase, o aluno tem de “*desenvolver o desembaraço*”, ou seja, ele já tem condição de atuar mas precisa melhorar e treinar mais, assim, submetê-lo a um período de clínica estrito, onde ele possa acompanhar as rotinas clínicas dos diversos setores de atendimento médico é visto como essencial no desenvolvimento técnico e psicomotor do aluno. Nesta etapa o aluno frequenta todas as clínicas com supervisão direta, mas sem poder escolher, porém no sexto ano o internato será escolha do aluno, permitindo que recupere seus conhecimentos em uma área específica, expresse suas motivações pessoais quanto à prática médica e aprimore seus conhecimentos:

1. Recuperação – nem todos os alunos têm igual percepção do currículo proposto pela instituição. Inúmeros fatores, ligados ao aluno ou à instituição, impedem que tais ou quais disciplinas possam atingir seus objetivos, o que pode prejudicar a formação de um grupo de alunos. O internato eletivo é o momento adequado para o aluno recuperar-se em tal ou qual setor;
2. Motivação – nos primeiros cinco anos do curso o aluno não é considerado com indivíduo, em termos de motivações pessoais em

⁴ Cf. ANEXO III

relação ao ensino. O programa é massificante, no sentido de que é igual para todos. Contudo, cada aluno tem estímulos próprios que o levam a buscar oportunidades adicionais de ensino, e o internato eletivo se presta ao atendimento desses estímulos;

3. Profissionalização – nas áreas clínicas gerais o internato eletivo pode oferecer condições necessárias e suficientes para um preparo adequado ao exercício da profissão após a formatura, em nível geral, sem a necessidade de um treinamento adicional de pós graduação em regime de residência (Marcondes, 1975, p. 186-187).

Momento para recuperar os conhecimentos e aprofundá-los, momento de buscar as próprias aptidões e também se aperfeiçoar, assim é visto o período do internato eletivo, que alça novamente o aluno ao papel de co-responsável por seu curso. A escolha é do aluno a partir do caminho formativo desenvolvido durante a graduação e de suas perspectivas de atuação pós-formado, reconhecendo-se a necessidade de tornar o aluno um indivíduo, comprometido com a coletividade, mas que tem aspirações diferenciais. O internato eletivo pontua ainda o desejo do Curso Experimental de Medicina de oferecer um curso geral, básico, suficientemente completo para que o egresso possa sair e ser incorporado no mercado de trabalho de imediato e oferece duas opções: em nível institucional, aos alunos desejosos de seguir carreira mais voltada à pesquisa; em nível profissional geral, contando com as grandes áreas de clínica e cirurgia; no caso de escolha pela área clínica, o desmembramento em diversas áreas da clínica médica, permitia ao aluno maior profissionalização para a ação pós-formado, pretensamente sem a necessidade de treinamento adicional.

Observando a matriz curricular (ANEXO III) e as escolhas do Curso Experimental de Medicina, percebe-se que ele não supera completamente o paradigma da hierarquização básico-clínico na organização geral proposta, uma vez que o curso inicia com uma introdução geral, segue para conteúdos básicos, avança para conteúdos clínicos e então à prática hospitalar, mantendo a convicção da necessidade de formação progressiva, de informações que se vão complexificando e somando até atingir o ponto de poder ser aplicada, posicionando os internatos - a prática profissionalizante - nos últimos anos, em uma organização que se assemelha à do Curso Tradicional de Medicina que também traz um curso organizado do básico para o clínico, com as disciplinas se complexificando até chegar ao estágio profissionalizante nos últimos anos. Porém, é na organização destes ciclos que a diferença reside.

O Curso Experimental de Medicina não supera o paradigma básico-clínico, e Eduardo Marcondes (1975) indica que este não é um dos objetivos do Curso ao dizer

que o aluno seria submetido a um ciclo inicial básico para padronizar seus conhecimentos de acordo com o necessário para ele acompanhar o andamento do curso superior. Mas ele supera a precedência da teoria absoluta para que a prática exista, ao aproximar a ação clínica ao estudo dos sistemas do corpo humano, superando ainda outro grande paradigma que é a preponderância dos territórios disciplinares.

PHT: os três primeiros anos praticamente dão o alicerce dinâmico. Não ser influenciado pela estratificação, como fala: ‘bom eu só sei até, tô no segundo ano eu não sei toda medicina’, era a ideia que você tivesse já um insight de toda a medicina desde o primeiro ano. Claro no primeiro ano isso não era possível, né, no segundo já.

O antigo professor PHT corrobora: o primeiro ano não é possível aproximar o aluno da clínica, mas é possível expô-lo a experiências de clínica desde cedo em sua formação, já no segundo ano, e ao fazer isso, ao aluno se abre um universo de possibilidades de práticas e ações médicas distintas e distintivas que se vão somando, para ao final, quando ele chegará ao internato, ele já tenha sido submetido a situações de aprendizado que o aproximaram deste momento, permitindo a aplicação e o aprofundamento dos conhecimentos teórico-práticos e não apenas dos conhecimentos teóricos.

Com um ano introdutório, onde os conteúdos são voltados para a iniciação à formação do pensamento médico e categorizados como geral - assim, Imunologia, Microbiologia, Anatomia, são gerais - e não se aprofundam apenas iniciam o estudante no universo de seus conhecimentos, compondo com outra generalidade - dada por conteúdos ausentes na grade do Curso Tradicional de Medicina – a Matemática e as Ciências Sociais o aluno vai sendo conduzido para a forma de pensamento médico esperada, em que ele tem uma visão ampla das bases científicas da profissão.

Desta base genérica parte-se para uma base específica, propondo uma organização dos conteúdos a partir de temas e não dos territórios disciplinares, o Curso Experimental de Medicina repensa a fragmentação do conhecimento, uma vez que o que determinará a presença dos conteúdos é o sistema a ser ofertado e não a disciplina. Isso leva a uma integração chamada de vertical, onde o aluno caminha através das disciplinas captando porções dela e imediatamente relacionando-as a porções correspondentes de outras disciplinas. Contudo, a fragmentação do ser humano não é revisada completamente, uma vez que continua a divisão do corpo em unidades funcionais clássicas, e esses sistemas serão integrados pelos alunos.

Como indica o professor supracitado (PAT), as disciplinas são suspensas ao encerrar o conteúdo determinado, assim, se o bloco é de Sistema Locomotor, as disciplinas falarão apenas e tão somente sobre Locomotor, obrigando a um reordenamento da atividade docente, que deve comparecer no exato momento e se ajustar a esse momento, mas também a um reordenamento da forma de pensar e agir em relação às outras disciplinas, pois não cabe repetições. A partir do momento que o bloco faz com que os conteúdos das diversas disciplinas estejam colocados justapostos em tempo, não há justificção para que um professor retome conteúdos em sua disciplina que seriam de outra, levando ao reconhecimento da capacidade formadora do outro e também à articulação entre os professores, fragilizando as fronteiras disciplinares ao permitir ao outro o atributo de co-formador de sua especialidade e de capaz de estabelecer seleções que se entrecruzam com as próprias, trabalhando coletivamente. As fronteiras disciplinares são parcialmente rompidas, parcialmente mantidas, como se se estabelecessem poros, pontos de contato e negociação que permitiriam que os territórios disciplinares se mesclassem ao menos nestas fronteiras. Esses poros permeiam a estrutura organizacional do Curso Experimental de Medicina fazendo-o se afastar do Curso Tradicional de Medicina e buscar significados e representatividades próprias.

Esta inter-relação de fragmentação das fronteiras se segue também no curso pré-clínico e clínico, onde os conteúdos também têm de conversar e compor, só que agora se alimentam de outras disciplinas. Ao invés de encontrarmos na grade curricular as diferentes clínicas, como no Curso Tradicional de Medicina, o Curso Experimental de Medicina traz essas clínicas albergadas já constituindo os grandes eixos, possível de perceber pelas cargas horárias propostas a cada conjunto: Clínica Médica e Medicina Comunitária ocupam praticamente todo o quarto ano do curso, com 720h e 480h, respectivamente, contrapondo a 240h destinadas aos outros quatro conjuntos.

Observa-se que até o quarto ano, pouco da Cirurgia, é disponibilizado aos alunos. Isso será recuperado apenas no quinto ano, já no internato rotativo, de forma prática e aplicada, sendo esta a maior carga horária do ano (720h). No entanto, Clínica Médica, que já foi oferecida em grande quantidade de tempo nos anos anteriores permanece com carga horária expressiva (360h), pontuando duas questões importantes. Primeira, o Curso Experimental de Medicina não visa formar profissionais para os campos de atuação específicos, mas dar aos alunos um leque de opções para que ele

possa escolher, reforçado com o sexto ano, de internato eletivo onde é oferecida a opção de clínica e de cirurgia para escolha livre, supondo que os campos foram suficientemente demonstrados aos alunos para a escolha consciente. Segunda questão, o Curso Experimental de Medicina não está preocupado em reforçar a tradição cirúrgica da Faculdade de Medicina - mesmo tendo como um dos idealizadores Alípio Correa Neto, cirurgião reconhecido - buscando trilhar um caminho de oferta de oportunidades aos alunos, é possível também que enxergassem a cirurgia como uma prática e não uma teoria, acomodando-a quase integralmente no momento de prática formadora da especialidade.

A8.1: a parte cirúrgica do experimental era muito desprestigiada até o final do quarto ano. O Experimental era um curso que tinha lá como objetivo a formação de médico generalista (+) clínico (+) e pra você ter uma ideia, a primeira coisa de cirurgia que a gente tinha era no segundo semestre do quarto ano (+) nós não tínhamos nenhuma especialidade cirúrgica, diferente do tradicional, e eu me lembro que essa disciplina do final do quarto ano chamava “introdução à cirurgia”. Na verdade era técnica cirúrgica. Só que na visão inicial do experimental, o quinto e o sexto seriam, quer dizer, teriam uma carga cirúrgica pra compensar o que não tinha tido no começo.

Retomando a consideração que *“o currículo não é constituído de conhecimentos válidos, mas de conhecimentos considerados socialmente válidos”* (Silva, 2011, p. 8), a mensagem que nos fica para o Curso é da preponderância de importância da clínica médica, da pediatria, da ginecologia e obstetrícia e da psiquiatria como meios e fins da formação do aluno no Curso Experimental de Medicina, compatível à perspectiva de atuação geral e comunitária do projeto original.

Se fizermos uma representação gráfica de proporcionalidade dos conteúdos, observaremos as seleções de maneira mais contundente.

No curso básico, a importância dada a Bioquímica reflete em destinar 19% do período a esta disciplina, que se justificaria com base na não retomada dela de forma mais aprofundada nos outros anos, o que acontecerá com as disciplinas “gerais”. Entretanto, Ciências Sociais Aplicadas e Matemática, também não são retomadas e contam com destinação de tempo bastante menor - somadas não atingem a porcentagem de Bioquímica - o que pode reforçar a dimensão técnica-formadora: apesar da proposta de formação mais ampla e integrada, os conteúdos formadores técnicos ainda têm a prerrogativa de importância sobre os conteúdos sócio-formadores. Todavia, a ocupação por Bioquímica de parte expressiva da grade curricular também está vinculada ao seu potencial aculturador, que representa, em suas seleções, o fundamento do Curso Experimental de Medicina. Esta disciplina é a que coloca o aluno dentro da filosofia do Curso. Retomaremos esta discussão da Bioquímica e a sua relação com o Curso Experimental de Medicina com a devida articulação adiante, mas é Bioquímica quem mantém uma metodologia participativa distinta objetivamente construída para proporcionar ao aluno a imersão na proposta Experimental, logo à entrada do aluno no Curso.

Na etapa dos Blocos, observa-se uma distribuição mais igualitária e mais derivada das quantidades de conteúdos tradicionalmente atribuídos aos sistemas, exceto pelo Sistema Locomotor. Este sistema é habitualmente muito morfológico e pouco fisiológico, incluindo ossos, articulações e músculos, o que poderia justificar a baixa inserção, uma vez que o Curso Experimental de Medicina se volta com mais força para os aspectos fisiológicos e fisiopatológicos dos sistemas e aparelhos.

A preparação para a clínica é contundente com a proposta de formação integrada, geral, voltada para a prevenção e atuação na comunidade local.

O curso pré-clínico se monta sobre a medicina preventiva e a medicina tropical, indicando que a preparação para a atuação na clínica será mediada por estes conteúdos, já que seu fundamento é a exata base para a ação médica. O que se reflete na coerência do curso clínico, fundamentado em clínica geral (clínica médica), a pediatria, a ginecologia e obstetrícia e a psiquiatria, quatro áreas de atuação e inserção da prática médica claramente privilegiadas na proposta do Curso Experimental de Medicina, não apenas como concepção formadora mas também como destinação de importância a partir das seleções que são realizadas e expressadas na grade curricular. E estas quatro áreas se reforçam no internato rotativo.

Mesmo com a predominância da Cirurgia no internato rotativo, agora a maior ocupação na grade, ela não é compatível com a quantidade de tempo já destinada à clínica médica anteriormente e que neste ciclo retorna. Há redução de carga horária para clínica médica, mas ela está presente em quantidade expressiva, ao lado da pediatria, da obstetrícia, da psiquiatria que tiveram um ciclo de formação teórico-prático anterior a este ciclo de formação essencialmente prático.

2. O CICLO BÁSICO

O chamado ciclo básico do Curso Experimental de Medicina difere do chamado ciclo básico do Curso Tradicional de Medicina, pela duração, pela metodologia empregada nas disciplinas, além do recorte nos conteúdos.

No Curso Tradicional de Medicina, o ciclo básico era distribuído nos dois primeiros anos do curso e composto por disciplinas justapostas que ocorriam concomitantes ao longo do ano, distribuídas nos dias da semana. Sem interconexão explícita, as disciplinas se sucedem em conteúdos numa expectativa acumulativa onde, ao final, o aluno faria as integrações a partir dos pacotes de informação. Evidentemente que esta análise trata apenas do currículo prescrito, não considerando o currículo praticado, o qual há indícios de aproximação dos conteúdos básicos aos conteúdos da prática profissional, através de exemplificações e outras atividades inseridas⁵, porém

⁵ Cf, por exemplo, Ata da Congregação da FMUSP de 29 de setembro de 1972, p. 31-36v, quando discute-se a perda das disciplinas básicas para o Instituto de Ciências Biomédicas e o prejuízo que esta perda acarreta, pois impede a conexão dos conteúdos ministrados nas disciplinas básicas com a prática profissional clínica já no início do curso médico.

esta se dá por disposição do professor e não por disposição do currículo, o que era estimulado no Curso Experimental de Medicina.

Primando pelas aulas expositivas conteudistas, o professor do Curso Tradicional de Medicina é um transmissor de conteúdos e o aluno um receptor que deverá reproduzir no momento da avaliação o recorte que o professor fez no conhecimento. As disciplinas corriam integralmente, dos conteúdos mais gerais e simples, para os mais específicos e complexos, podendo haver repetições de conteúdo nas diversas disciplinas do ciclo básico já que o professor era o único responsável individualmente pela seleção. Além das aulas teóricas expositivas, as aulas práticas nos laboratórios são concomitantes, de modo a observar na prática controlada o que a teoria indica. Cada disciplina apresenta sua própria especificidade de prática laboratorial: na Anatomia, a dissecação de cadáveres e estudo de peças anatômicas pré-fixadas; na histologia, a leitura de lâminas com preparados de tecidos e células; na Bioquímica, a realização de protocolos de reações químicas⁶, sucessivamente.

No Experimental, ciclo básico era composto por conteúdos de disciplinas de formação básica geral, ocupando o primeiro ano do Curso e parte do terceiro semestre no segundo ano.

Quadro X - Matriz Curricular do Curso Experimental de Medicina - Curso Básico

Quadro 2 – Matriz Curricular do Curso Experimental de Medicina – Curso Básico				
Etapa	Disciplina / Conjunto de Disciplinas	Carga Horária	Semestre	Ano
Curso Básico	Bioquímica	300	I	1
	Imunologia Geral	105		
	Microbiologia Geral	105		
	Anatomia Geral	60		
	Matemática	90		
	Citologia, Histologia e Embriologia Gerais	240	II	
	Fisiologia Geral	105		
	Farmacologia Geral	105		
	Métodos Quantitativos	90		
	Ciências Sociais Aplicadas	120		
	Psicologia Médica	45		
	Patologia Geral	180	III	2

Fonte: Marcondes, 1975

Buscando incorporar o aluno à realidade universitária, ao mesmo tempo em que o faz compreender o ser humano biopsicossocial, o conteúdo discutido é geral e baseado em fundamentar o conhecimento médico, assim, não há aprofundamento mas há relação direta com a prática profissional posterior, representando apenas parte do ciclo básico do Tradicional, pois o restante dele seria reordenado para montar os “Blocos”, o ciclo seguinte.

⁶ Programas e Horários do curso de medicina da FMUSP para o ano de 1969. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica.

As disciplinas do Curso Tradicional de Medicina contavam com a convencional forma de organização de conteúdos partindo do geral para o específico, do mais simples para o mais complexo, e, habitualmente, contavam com uma parte geral seguida por uma parte especial organizada em sistemas ou aparelhos. A título de exemplo, indicamos as disciplinas de Histologia e Embriologia e Fisiologia do Tradicional, ofertadas no 1º e 2º anos respectivamente, com seus conteúdos divididos no quadro a seguir:

Quadro XI - Síntese de conteúdos de disciplinas do Curso Tradicional de Medicina (1969)

Histologia e Embriologia	Citologia	Célula e suas partes; Divisão celular; Funções celulares; Diferenciação.
	Embriologia Geral	Segmentação, Gastrulação, Implantação do Ovo, Anexos Embrionários, Folhetos Germinativos.
	Embriologia Especial	Aparelhos Digestivo, Respiratório, Cardiovascular, Urogenital.
	Histologia Geral	Tecidos Epitelial, Conectivos, Ósseo, Muscular, Nervoso.
	Histologia Especial	Sangue e Órgãos Hematopoiéticos; Aparelhos Cardiovascular, Urinário, Genital Masculino e Feminino, Digestivo e Respiratório; Sistema Endócrino; Órgãos dos Sentidos.
Fisiologia	Fisiologia Geral	Compartimentos do Organismo; Potencial de Ação; Sinapse e transmissão; Permeabilidade; Metabolismo energético.
	Fisiologia Especial	Fisiologia Muscular; Endocrinologia; Nutrição e Aparelho Digestivo; Cardio-respiratório; Rim e transporte; Neurofisiologia.
Fonte: Programas e Horários do Curso Tradicional de Medicina para o ano de 1969. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP		

Observa-se que, internamente, uma disciplina do Curso Tradicional de Medicina já se encontrava organizada de maneira a permitir a sua segmentação no modelo do Curso Experimental de Medicina. Baseando-se nos títulos dos conteúdos, a parte mais geral, mais simples, introdutória destas disciplinas era a componente do ciclo básico do Curso Experimental de Medicina. O restante das disciplinas, a parte “especial”, estaria vinculado à disposição dos Blocos organizados a partir dos sistemas e aparelhos corporais, que coletavam nas disciplinas do Curso Tradicional de Medicina as partes que lhes eram correspondentes, aproximando na grade curricular os conteúdos destes sistemas discutidos nas diferentes disciplinas.

As disciplinas do ciclo básico, à partir do preconizado para o Curso Experimental, já iniciam o trabalho com a dinâmica de divisão da turma em grupos menores e oferecimento da disciplina por professores diferentes ao mesmo tempo para cada grupo. Ou seja, na prática, não havia um professor de uma disciplina mas sim quatro ou cinco, conforme a disciplina e a quantidade de alunos, todos sob a coordenação de um responsável que fazia com que os conteúdos e métodos fossem equalizados, mantendo certa unidade formadora a todos os grupos.

PHT: eu criei grupos de trabalho com os alunos. De página tanto a tanto. Os grupos eram constituídos mais ou menos por 10 alunos (+) os alunos liam aquilo (+) e faziam perguntas (+) que eles achavam procedentes, e eu reunia com esses grupos que fizeram essas perguntas, e nós selecionávamos, as

perguntas que eram importantes e distribuíamos pra turma. Isso era distribuído 24, 48 horas antes da aula que ia tratar deste tema. No dia da aula, a gente fazia 3 perguntas ou 4 sobre aquelas que haviam sido distribuídas (+) em seguida as provas eram recolhidas e nós corrigíamos isso. Então um trabalho incrível, mas a resposta! (+) E outra: depois da prova eles já tinham estudado, só ilustrávamos, não explicávamos nada (+) e tirava dúvida evidentemente, né.

Alunos trabalhando em grupos com temas previamente selecionados, orientados a construir questões pertinentes sobre o tema para depois distribuir estas questões aos colegas e então realizar a discussão em sala, a verificação dos conhecimentos a partir das questões construídas pelos alunos, são características não apenas deste professor, mas se repetem, em maior ou menor grau, nos outros conteúdos.

PIM: nós tínhamos os livros, os professores responsáveis pelos grupos, conversavam o que (+) devia ser abordado pra não ter discrepâncias muito grandes entre os grupos. Quando você é sozinho, você com você mesmo, você senta e fala “eu acho isso importante, a melhor sequencia é essa” quando você divide a classe em vários grupos, você tem que cuidar em termos de homogeneidade do que vai ser dado e o que você vai ser cobrado depois. Então exigia um preparo maior da gente, uma conversa anterior, uma elaboração de tópicos que a gente (+) tinha que cumprir pra cobrir um certo assunto, isso (+) envolvia uma integração maior entre os responsáveis por grupo.

P: e a avaliação, como era?

PIM: a avaliação era, eu não lembro direito (+) No tradicional eram provas comuns, e a imuno sempre optou, por (+) perguntas discursivas, não tinha testes (+) na experimental eu acho que tinha uma avaliação do dia-dia, que a gente no final do mês ou do curso a gente (+) avaliava o aluno, se participou ou não participou, se entregou, fez as perguntas orientadoras, eles tinham que responder algumas, as vezes tinha algum exercício pra checar conhecimento (+) Era mais de perto, eu acho que mais frequente (+) a avaliação dos alunos do que no outro, que eram GRANDES provas depois de GRANDES blocos. Enquanto que a avaliação do aluno no experimental era mais (+) focalizada em certos temas e com mais frequência. /.../ eu acho que as provas que a gente colocava eram iguais. Eu não sei se eram aplicadas em grupos ou na classe em geral, mas a gente tinha muito cuidado pra não fugir muito (+) um grupo do outro. Essa era uma das coisas que a gente mais cuidava.

Não apenas o trabalho em grupo era uma constante, mas também a relação diferenciada, com maior proximidade entre alunos e professores e entre professores e professores, pois não se pode divergir de um objetivo formador único para todos os grupos. Ainda que o método e as estratégias de ensino fossem diferenciadas entre CEM e CTM, as avaliações dos conteúdos aparentemente não divergiam muito do empregado tradicionalmente, com avaliações individuais conteudistas, ainda que houvessem momentos de acompanhamento do aprendizado, mas a quantificação do conhecimento adquirido era derivado de uma avaliação formal individual.

O ciclo básico do Curso Experimental de Medicina contava também com duas disciplinas isoladas, a Matemática e a Ciências Sociais Aplicadas. Ambas tinham partes de seus conteúdos contemplados pela Medicina Preventiva do Curso Tradicional de Medicina, mas traziam as especificidades formativas do Curso Experimental de Medicina.

PMP.3: a disciplina dava toda uma parte TEÓRICA da sociologia, o pensamento sociológico (+) hoje eu vejo que foi (+) havia um certo exagero, sabe por quê? Porque eu dou exatamente esse tipo de matéria para o aluno, mas eu sou médica (+) e a gente busca fazer uma adaptação das linguagens, dos temas (+) porque não dá pra pegar a sociologia como você dá na Sociologia da USP e replicar AQUI. Mas era um pouco o que se fazia. Eu acho que naquela época era como as pessoas pensavam “sociologia É ISTO. Pra se formar precisa ler Florestan Fernandes” Mas (+) ao mesmo tempo que ela dava essa parte, digamos assim, mais na teoria, algumas coisas que eu achava mais pesadas, por outro lado (+) ela acoplou, junto com a parte teórica, uma parte prática (+) aí bem ligada à medicina. Então, os alunos eram divididos em grupos pequenos /.../ e desenvolviam, projetos de pesquisa (+) mas eram projetos de pesquisa assim pequenos, eu lembro. Subdividida a turma em pequenos grupos, e eu por exemplo era responsável por um grupo. E eu acho que fiz duas vezes uma pesquisa sobre esquistossomose. Então a gente ia conhecer o centro que trata de esquistossomose em São Paulo, (+) uma área ou pessoas que tinham a doença e entrevista-los (+) eu não lembro direito o que a gente fazia, mas a gente fazia uma coisa assim bem prática (+) e aí (+) discutia a esquistossomose, quer dizer o adoecimento nessa doença, e quais eram os determinantes sociais desse adoecimento. Não se chamava assim, esse nome determinantes sociais é mais recente. Mas se chamava o contexto social do adoecimento que levava a pessoa a ter a doenças que eram derivadas mesmo de (+) ou falta de saneamento básico (+) enfim! Tinha gente que estudava malária, também é uma questão parecida. Chagas. Então eram doenças de alta prevalência, então cada um conduzia o seu grupo, levava a pesquisa, a disciplina durava quase que um semestre inteiro, e aí a gente fazia essa parte prática durante o semestre inteiro depois apresentava. Os alunos gostavam muito, isso eu me lembro.

A disciplina de Ciências Sociais buscava integrar o que se entendia por sociologia à época e o que se pretendia da introdução desta disciplina num curso médico. Oferecer elementos teóricos fundantes de uma disciplina consolidada, ao lado da visão sociológica aplicada ao cotidiano das enfermidades, e levando os alunos a olhar para as patologias e seus portadores a partir do filtro das teorias sociais, dimensionando não apenas o processo de adoecimento mas o doente como um ser social.

A1.1: Nós tivemos disciplinas que fugiam um pouco do currículo médico. Então outros tipos de disciplinas com caráter mais cultural, que fugiam um pouco, mas sendo parte de uma grade a gente tinha um pouco disso, que era pra ser um médico que não fosse bitolado só em medicina. Mas a gente teve alguma coisa nesse sentido. Umas tentativas nesse sentido, mas não a ponto de misturar com outros cursos, isso não teve.

P: e eram bem recebidas essas tentativas?

A1.1: sim, eram curiosas! Fugia um pouco de certos padrões, quer dizer, ficava uma coisa diferente (+) mas eram poucas, foi muito pouco, então não dá nem pra você falar “puxa, foi uma coisa que marcou!” Eram poucas (+)

então não foi nada que chamasse GRANDE atenção. (+) Quer dizer, isso normalmente o outro curso não tinha, então é o que a gente teve diferente, nesse sentido sim.

Não encontramos relatos entre os entrevistados que atribuísem importância específica ou diferenciada à Ciências Sociais ou à Matemática, para além da sua existência diferencial e o apreço por cada uma delas. O curso de Ciências Sociais é considerado interessante, porém, o curso de Matemática é considerado excessivo, mesmo pelos alunos que com ele se identificavam:

A1.3: o interesse do médico na matemática é o mínimo. Realmente a gente fala que quem gosta de matemática vai pra engenharia, quem não sabe vai pra medicina! ((risos)) mas (+) se você tem um professor que é DA matemática, a maneira dele ensinar é (+) um pouco desvinculada da nossa realidade. Então a gente aprendeu coisas estratosféricas de matemática e estatística que não chegaram nunca a ter uma aplicação prática pra gente. Então, a gente viu integral, derivada, uma coisa assim de alta matemática que não tem uma aplicação direta pra gente. Pode ser que tenha no futuro, ou pode ser que tenha em áreas muito específicas, provavelmente naquelas áreas de interface, o que a gente tem na biomedicina, engenharia clínica, esse tipo de coisa. O pessoal pra desenvolver uma ressonância magnética eles tem que ser matemáticos, físicos e tem que saber a área médica ou a área pelo menos biológica. Mas naquele momento, eu acho que (+) exagerou um pouco pra matemática. Então, aí (+) é muito dependendo do professor. Então matemática pra mim eu achei que foi difícil porque tava muito desvinculado. Mas anatomia não. Não achei. Era um dentista mas era um dentista que sabia a anatomia inteira. Então não teve nenhum problema. A mesma coisa da química. Foi difícil. A área de bioquímica é uma área difícil pra gente, mas (+) era a gente via aplicação prática naquilo ali. Tinha um uso direto praquilo. Então mas a estatística naquele momento e a matemática foi difícil a gente incorporar. Claro que depois a gente vai precisar de estatística, lá no final de novo quando você vai analisar um trabalho científico, que você tem que saber estatística. E aí você tem que voltar a estudar. Naquele momento (+) ela foi pesada. Mas não foi ruim.

O antigo aluno (A1.3) explicita a posição dele, que pode ser estendida para seu curso e sua opção profissional: médicos não gostam de matemática, se gostassem de matemática fariam engenharia. Evidente que a relação não é tão simplista, o que é reconhecido pelo aluno, mas o fato é que a disciplina de matemática foi descontextualizada, deslocada de uma possível aplicabilidade mais evidente, o que faz com que ela seja considerada desnecessária. Contrariamente à Ciências Sociais, que apesar de diferente conseguiu se aproximar do cotidiano médico, a Matemática não consegue, e acaba sendo vista como exagerada, sem utilidade, sem necessidade.

Vale o comentário encetado pelo antigo aluno A1.3, que não era a situação de professores não médicos que prejudicava a disciplina, e sim sua possibilidade de aplicação. Diversos professores do Curso Experimental de Medicina não tinham

graduação em medicina e isso não era preponderante ou determinante de qualidade, inclusive todos os professores de Bioquímica não eram médicos e são uma unanimidade em aprovação.

PMP.1: matemática no primeiro ano vinha docente de Ribeirão Preto. Num deu certo. Depois foi um docente do IME. Depois eu cheguei a dar matemática, mas eles NÃO aceitavam. Mas eu mudei de opinião, porque veja, a matemática que tá atrás da estatística ela é BEM complicada não dava pra gente fazer essa ligação direta. Era muito mais o pessoal da fisiologia (+) que achava pra eles entenderem transporte de íons através de membranas que implicava em equação diferencial tinha que ter. Mas eles não gostavam.

O antigo professor reforça a crítica do aluno. Ele mesmo foi responsável por esta disciplina, ele tem formação em medicina, e os alunos continuavam rejeitando a matemática por desconexão com as suas práticas. Marcondes (1975) comenta que as primeiras turmas do Curso Experimental de Medicina ofereceram maior resistência à disciplina que foi reconfigurada com a entrada deste professor médico. Introduziram-se novas estratégias de ensino, efetuou-se um trabalho de sensibilização dos alunos para a necessidade deste conteúdo na área médica, e tais ações suavizaram a resistência, mas a disciplina continuava sem ser aceita.

Tanto Matemática quanto Ciências Sociais eram disciplinas de baixa carga horária, que acabaram por apresentar fraca penetrabilidade junto aos alunos, que não creditam mudanças em suas formações a elas. Mas no extremo oposto está a disciplina de Bioquímica, a qual todos os entrevistados – tanto alunos quanto professores – indicam como fundamental, essencial, na construção do espaço-tempo do Curso Experimental de Medicina e da aculturação dos alunos ao projeto.

PFR.1: A bioquímica estava muito bem organizada, muito bem focalizada no sentido do experimental, de maneira que todo o treino que os alunos precisavam ter, de fazer seminário, até de postura num seminário, não se intimidar num seminário, eles já tinham na bioquímica no primeiro semestre. Então eles vinham muito bem treinados pra gente /.../ e eram alunos que (+) não tinham problema de dizer “olha professor, será que é isso, não é isso?”, “o professor tá dizendo, mas será que é assim mesmo?” Sabe? A gente discutia (+) cientificamente e até profissionalmente eu diria, e até ele podia discordar de você, mas de uma maneira profissional, acadêmica, madura.

A Bioquímica era oferecida no primeiro semestre, logo à chegada dos alunos à Faculdade de Medicina e proporcionava uma experiência ímpar, pois se propunha formadora do perfil de aluno do Curso Experimental de Medicina. Vale notar que a Bioquímica para o Curso Tradicional de Medicina não era mais ministrada nos

moldes convencionais estritos desde 1966⁷ quando Isaias Raw estabelece que os alunos serão divididos em grupos de 25 integrantes que

ficarão sob a orientação de dois assistentes. Os alunos receberão aulas práticas e seminários. Os seminários versarão sobre matéria a ser estudada previamente pelos alunos baseados em livros e em guias de aula publicados pelo Departamento. Estes seminários dados em turmas reduzidas visam a uma maior compreensão dos fundamentos da bioquímica e da biofísica celular. Haverá apenas uma aula magna por unidade⁸.

Ou seja, os alunos do Curso Tradicional também eram divididos em grupos, cada qual com seu professor, entretanto, os relatos dão conta que a relação não era semelhante. Apenas dividir a turma em grupos menores e propor o mesmo método de seminários não faz ser a mesma proposta do Curso Experimental de Medicina, que se imbuía de toda uma diferenciação do papel do professor e do aluno que não era alcançado no Curso Tradicional de Medicina. Contudo, também não é a proposta tradicional convencional, onde as aulas magnas são a escolha didática e os alunos são passivos receptores de conteúdos proferidos pelos professores. Os professores de bioquímica entrevistados nesta pesquisa indicam que esta iniciativa de 1966 é uma das sementes da proposta mais completa e integrada do Curso Experimental de Medicina. A redução do número de aulas magnas a encontros mensais que buscavam discutir a bioquímica diante das implicações na medicina, deixando para os seminários e encontros dos grupos as discussões mais estritas de conteúdo disciplinar são implementadas na Faculdade de Medicina antes do Curso Experimental de Medicina e embasam a ideia do Experimental, que contava com:

PBQ.2: um estímulo para que os docentes usassem estratégias de ensino diferenciadas. Isso fez com que um grupo aqui da bioquímica, e de outras disciplinas, pesquisasse e averiguasse “bom, na falta das aulas expositivas, em substituição à forma tradicional do ensino, o que é que se podia fazer?”, “como é que se conduzia uma disciplina sem aquilo que a gente conhecia de toda a vida, que eram as aulas expositivas, e as aulas de laboratório?”. /.../ Havia reuniões periódicas (+) da coordenação, do grupo que estava coordenando, e esse estímulo era mais o CLIMA existente entre os professores do que uma ação direta, e certamente não impositiva, em nenhum momento. E, isso induziu a uma pesquisa nossa porque era “o que pode ser feito?” eu me lembro que nós fomos até Belo Horizonte porque nós tivemos informação de que na UFMG havia um grupo, também ligado à bioquímica, que estava usando uma estratégia de ensino diferenciada. Porque também lá havia um estudo dirigido, assessorado pelos professores, a partir não do texto inteiro de um livro, mas de itens, de objetivos de educação, re-redigidos pela própria equipe, tal. E quando nós pretendemos fazer esse ensino em grupo,

⁷ Ata da Congregação da FMUSP de 13 de maio de 1966, p. 146v.

⁸ Programas e Horários para o curso de Medicina para o ano de 1968, p. 16-17. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

nós contratamos uma psicóloga que era especialista em trabalho com grupo (+) e que fez conosco um trabalho de grupo, pra que nós nos habilitássemos de certa maneira, ou pelo menos introduzisse a ideia, de como a gente fazia gestão de um grupo, como é o gerenciamento de um grupo operativo. Então, isso era um dos estímulos possíveis, esse financiamento pra contratação de um psicólogo pra nos habilitar pra lidar com grupos. Como eu disse, havia, não era um estímulo impositivo de jeito nenhum, mas era um clima que permitia qualquer iniciativa que a gente tomasse. Qualquer iniciativa era muito bem recebida, ninguém contestava, ou falava “não, mas por quê?”, não, ao contrário.

O grupo da Bioquímica aproveitou o “clima” para re-construir as bases da disciplina. Havia alguma verba disponível para a preparação do Curso Experimental de Medicina, e a Bioquímica usa essa verba para capacitar seus professores através de treinamentos e visitas, dando condições para que eles desenvolvessem suas potencialidades formadoras. Os professores são mobilizados, estimulados, incentivados à prática distinta e respondem com um curso distinto.

Tal as outras disciplinas do ciclo básico, a turma era dividida em pequenos grupos que eram desenvolvidos – tanto quanto possível - de forma idêntica, cada um com o seu professor, mas com o mesmo material e os mesmos objetivos.

P: como vocês organizavam os grupos no experimental?

PBQ.2: no experimental a gente organizou de várias maneiras. Nós inicialmente fizemos sorteio, depois os alunos se organizavam, e em certas épocas a gente fazia uma atividade inicial, uma espécie de sociograma que eles começavam a se escolher. E ao longo do tempo a gente descobriu que nada disso era relevante. Eles podiam ser organizados de qualquer maneira porque o funcionamento era igual. Depois a gente oferecia a possibilidade de mudar dos grupos, depois que eles se conhecessem melhor, eles não usavam essa possibilidade, o que mostrava que eles estavam satisfeitos onde estavam.

P: e havia um momento em que esses grupos se juntavam?

PBQ.2: não! Não. Os docentes sim, esses viviam se juntando, a gente o tempo todo, os quatro faziam reuniões quase que diárias praquilo, porque a gente queria que os grupos funcionassem DE FATO em paralelo. Fossem iguais. E eram. Tanto que as provas eram a mesma pra todo mundo. Então, o curso corria em paralelo mesmo.

Todas as ações da Bioquímica eram planejadas, desde a seleção dos objetivos e conteúdos, até a maneira de constituir os grupos, através de metodologias diversas que foram se mostrando mais ou menos importantes, denotando a recorrente preocupação do grupo de professores que vivencia a situação de planejamento conjunto, execução separada, mas resultados conjuntos, pois a avaliação era a mesma para todos os grupos, portanto, havia uma preocupação extrema em sistematizar e uniformizar os procedimentos de forma que os alunos pudessem ser avaliados adequadamente.

P: como eram essas provas?

PBQ.2: Primeiro as provas eram feitas com consulta. Eles tinham livre acesso à informação, e qualquer necessidade de consulta de fórmula o que quer que fosse a gente punha isso na prova. /.../ E nessas provas a gente sempre adotava o princípio de que a gente corrigia as provas e eles também. Não prevalecia a nota de um sobre a nota do outro. Então é assim, eu dou a prova, os alunos fazem a prova hoje, individualmente tal, depois no primeiro dia seguinte, então cada um recebe a sua prova, aí é o primeiro dia que eu vou pra lousa e explico a primeira questão “a primeira questão é assim, assim, assim, por isso, por isso, por isso”. Aí eles me perguntam tudo o que querem “pode ser assim também?” “pode, por isso, por isso, ou não pode por isso, por isso por isso” “e se for assim? E se for assado?”. Quando todos se consideram suficientemente esclarecidos sobre a questão, eles corrigem a própria questão e atribuem um valor, de zero a dez, naquela questão. Em paralelo nós, digo nós os docentes, também corrigimos a prova. Se houver uma divergência de mais de um ponto na nota nós devemos discutir a questão com o aluno, pra saber porque que o aluno deu sete e eu dei seis, ou vice-versa. Então, eu tenho que discutir com ele a questão. Isso é muito eficiente por que é o seguinte: na forma convencional de trabalhar o fulano acerta uma questão, erra uma questão, tira quatro, tira oito, tira sete e fica por isso mesmo. Nesse sistema o aluno não sabe responder ou respondeu errado a questão, agora ele vai ter que corrigir a questão, e só tem um jeito dele corrigir, ele tem que saber o certo. Ele tem que ter um referencial CORRETO daquela questão pra ele agora ler a redação dele atribuir um valor praquilo. Então, aquilo que ele não sabia, agora ele tem que compreender! Senão ele não consegue recorreger a questão dele. Então o caráter ele é um caráter não só de atribuição de nota mas um caráter claramente recuperatório. /.../ não é só julgamento de desempenho /.../

P: essa forma de avaliar dá muito mais trabalho?

PBQ.2: ah! É claro que dá! ((risos)) muito mais! MUITO MAIS! Porque por exemplo, nessa correção dupla da prova, além de eu já ter corrigido, ou eu corrigir depois, o tempo que eu uso com eles eu uso o período, eu uso quase quatro horas (+) pra fazer a correção COM ELES de uma prova. E só é justificável porque eu tô entendendo isso como uma forma de INSTRUÇÃO! E como a prova é muito longa, ao final da prova é como se todo mundo agora soubesse tudo, porque eles tiveram que corrigir aquela prova.

P: vocês faziam o curso igualzinho nas cinco turmas, inclusive avaliação?

PBQ.3: tudo. Nós discutíamos o que seria, como é que seria a avaliação. Como eram poucos alunos, adotávamos o que acho que é a melhor forma de avaliar. Fazíamos prova oral. Para isso ficávamos cerca de uma hora com cada aluno. O estudante chegava e a gente fornecia o roteiro “olha, eu vou perguntar isso assim, assim, assim” quer dizer, o roteiro que você ia seguir era informado para não ter surpresa e diminuir a aflição. Não é como tirar da cartola uma pergunta. Nesse processo é possível compreender a extensão do conhecimento do aluno. Porque um dos problemas das provas tradicionais é que na hora que você vai corrigir a prova, você percebe que o aluno não deve estar querendo falar aquilo. Aquilo é um deslize, é uma bobagem. Mas é o que está escrito. Quando se trata de uma prova como mencionei, você fala “um momento, é isso mesmo o que você está querendo dizer?” “não, não é isso que eu quero dizer, é isso”. Pronto. Está resolvido. É um lapso, não é um conceito errado.

A Bioquímica então propõe um método de avaliação, não apenas aplica uma prova. Os professores descrevem dois métodos - ainda que não identifiquem quando cada um era ou foi usado – que trazem a tônica da avaliação do conhecimento e da capacidade de resolver os problemas, e não a quantificação da memorização que cada

um foi capaz de fazer ao longo do curso, o que faz com que elas sejam coerentes com o restante do seu curso. Elas são formativas, permitem ao aluno tempo e espaço para refletir e recuperar seu processo; não se surpreende o aluno com perguntas, observa-se se o aluno foi capaz de realizar um percurso formativo, inclusive se ele está sendo capaz, pois o acompanhamento do aluno é muito próximo.

Esta disciplina também renova a relação entre professor e aluno, abrindo espaço para a confiança que leva à segurança. Os alunos são unânimes em apontar a disciplina como a mais marcante em sua formação, ou ao menos uma das. Questioná-los de maneira aberta e não diretiva sobre o Curso Experimental de Medicina levava-os a imediatamente citar a bioquímica e a forma com que era conduzida, indicando que ela era o Experimental, nela o Experimental se plenificava, e todas as outras experiências são a ela comparadas, positiva ou negativamente.

Identificada pelos entrevistados como o lugar onde o Curso Experimental de Medicina era pleno, a Bioquímica se veste da proposta do Experimental em sua totalidade. Não apenas eles se preocupavam com a mudança metodológica, mas também com o papel que os professores deveriam cumprir, e se prepararam diligentemente para cumpri-lo e desenvolvê-lo. Através de sua atuação, os alunos são imersos no universo do Curso e, desde o primeiro momento percebem que a ruptura com o ensino médio é real e que o papel deles junto a este Curso é de ação, reação, produção, de tal sorte que os alunos, nos momentos de avaliação do Curso, cobram as outras disciplinas para que se aproximem do fazer didático da Bioquímica:

PBQ.3: o fórum gerou algumas irritações na época. Nós éramos muito bem avaliados. Nosso curso cativava os alunos. E aí eles começavam a fazer pressões para outros cursos serem de nosso jeito.

PBQ.2: E isso dos alunos terem indicado bioquímica como uma coisa importante acho que se deveu a duas coisas. Ao fato de que o conteúdo de bioquímica era muito importante, muito bem apresentado, eles aprendiam e TINHAM a sensação que estavam aprendendo bem. E tinha esse aspecto da formação geral do indivíduo que também era muito tratado na disciplina e no curso, e acho que associando uma coisa com outra certamente bioquímica era marcante /.../ Então, nesses fóruns de fim de ano, eles reivindicavam muito que outras disciplinas e outros blocos seguissem o modelo da bioquímica. Isso era explicitado anualmente, o que era uma situação pra mim muito constrangedora, porque eu estava lá no fórum, junto com os colegas de outras áreas e tal, e eles “fala lá pra eles fazerem igual!” na presença dos outros. E com todas essas e esse convívio, a relação que a gente tinha com os meninos era muito, muito cordial, muito próxima da amizade.

3. Os BLOCOS

Os Blocos são parte do projeto Curso Experimental de Medicina que tenta redimensionar as fronteiras disciplinas através de um re-engendramento dos conteúdos habitualmente aninhados em chaves disciplinares, reposicionando-os sob chaves de sistemas e aparelhos do corpo humano. Assim, integração é constituinte destes, e para que ela fosse garantida, cada Bloco contava com um docente coordenador considerado capaz de *“organizar o ensino do bloco em comum acordo com os demais elementos docentes que dele participam e em consonância com as recomendações gerais de caráter didático”*⁹. O coordenador do bloco deveria articular com os docentes responsáveis pelas disciplinas de forma a compatibilizar os tempos e espaços para que o conteúdo fosse adequado aos objetivos do Curso Experimental de Medicina, levando em consideração que *“a participação de docentes da área profissional do curso médico nos Blocos de ensino é considerada indispensável”* e que o *“benefício maior reside no conhecimento global do sistema e não no conhecimento em profundidade das partes componentes”*¹⁰.

P: então antes de começar esse bloco o grupo se reunia?

PFR.2: se reunia. Havia intercâmbio.

P: e nessa reunião vocês decidiam o que?

PFR.2: quem que daria primeiro, o que que daria. Depois ia fazendo isso. A gente se reunia e decidia de comum acordo um cronograma para fazer o curso.

P: nessa reunião vocês conseguiam compatibilizar os conteúdos?

PFR.2: exatamente!

Parte do papel que o professor cumpria no Curso Experimental de Medicina era a participação efetiva na construção do Curso, assim, o coordenador do Bloco era chamado a manter a unidade do Bloco através de reuniões onde se decidia a “vida” de cada Bloco. A partir da quantidade de tempo destinada no programa do Curso, a organização mais interna dos conteúdos componentes era decidida coletivamente, Bloco a Bloco, tendendo a manter a sequência de iniciar pela Anatomia, seguir para a Histologia e Embriologia, partir para a Fisiologia, Fisiopatologia e Farmacologia, e então para a Patologia (Marcondes, 1975) o que mantém uma sequência do normal para o patológico, partindo do macro - representado pela Anatomia - para micro -

⁹ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p.1. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP

¹⁰ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p.2. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP

representado pela Histologia e Embriologia - da morfologia palpável para a fisiologia perceptível e testável.

Quadro XII - Distribuição dos Blocos ao longo do ano letivo

Bloco		Duração
I.	Aparelho Locomotor	2 semanas
II.	Sistema Nervoso	8 semanas
III.	Aparelho Urinário	3 semanas
IV.	Aparelho Digestivo	5 semanas
V.	Sistema Endócrino e Reprodutor	4 semanas
VI.	Nutrição	2 semanas
VII.	Sangue e Sistema Hematopoiético	2 semanas
VIII.	Sistema Cardiopulmonar	8 semanas

Fonte: Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina. 1970. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica

Ao longo do segundo ano do Curso Experimental de Medicina, os Blocos iam se sucedendo, com duração variável de duas a oito semanas cada, e os conteúdos iam se intercalando de acordo com a necessidade observada na reunião decisória realizada antes de iniciar o Bloco.

PFR.2: como já era integrado, sabidamente, quando eles tinham sistema nervoso por exemplo, eles tinham primeiro a anatomia, fisiologia, mas era tudo dado ao mesmo tempo. Por exemplo, sistema nervoso, então tem anatomia, fisiologia, tudo em capítulos, tem farmacologia, tudo em capítulos. P: mas dentro desse bloco, ao longo da semana, eles tinham uma semana de anatomia, uma de fisiologia?

PFR.2: não, não, ia intercalando. Mais ou menos de acordo com, por exemplo, se tinha algum problema de locomoção, então tinha anatomia daquele problema, fisiologia daquele problema, farmacologia pra aquele problema. Logicamente tinha coisas que não precisava de intervenção. Não precisava de intervenção então tinha separado, mas era o grupo que se reunia e distribuía as aulas.

PBQ.1: nós nos reuníamos uma vez por se-ma-na (++) pra COMBINAR! Se NÃO COMBINA eu dou aula, eu vou discutir mitocôndria em bioquímica, o outro professor ia discutir mitocôndria em histologia, e nós tínhamos de algum jeito que nos entender que não era pra repetir duas vezes, sobretudo com contradições.

Se reunir regularmente também para que os conteúdos não se repetissem pelos diversos professores, economizando o tempo destinado aos conteúdos, mas também buscando eliminar contradições, fazendo chegar ao aluno em aculturação a mensagem de unificação, de uníssono, de integração.

P: em um bloco havia várias disciplinas que aparecem isoladas no currículo tradicional. Como acontecia de fato pra vocês dentro de um bloco?

A1.3: elas são isoladas (+) bom, na verdade, elas eram isoladas, quem fazia mais a integração foram os alunos do que os professores. Então a coisa funcionava assim (+) a gente ia estudar (+) sistema respiratório. Então ia o professor de anatomia dava só anatomia do sistema respiratório. Depois a gente passava pra histologia. Então aí dava, a gente ia estudar a parte de histologia. Depois pra fisiologia. Então os professores, quem dava essa, por

exemplo fisiologia pulmonar, era alguém que era da fisiologia mas mais especializado. E eu acho que talvez seria até mais profundo mesmo, nesse sentido. (+) o que tinha de bom era que a gente integrava tudo, isso sim.

Os professores combinavam, havia coordenação para que os conteúdos ficassem integrados, mas a manutenção da separação das disciplinas era fato percebido. Havia um momento para a Anatomia, um momento para a Histologia, e assim sucessivamente, ainda que houvesse todo o esforço de interconexão. A integração não superava os limites territoriais disciplinares amiúde, uma vez que o conteúdo era dado completo, de acordo com o sistema, e por um professor que tivesse maior afinidade com aquele sistema, contudo ela supera a separação estanque e obriga ao reconhecimento do potencial formador do outro. Não se supera a especialidade, porém mostra-se ao aluno que é possível aproximar os conteúdos e fazê-los ter mais sentido imediato, mais interconexão.

A3.1: então, nós tínhamos os tais dos blocos. Então o bloco tinha digestivo, era (+) anatomia, fisiologia, imunologia, patologia, clínica. Então, na verdade era o bloco inteiro. Existiam subgrupos também e existia algumas atividades conjuntas na classe com todo mundo, a anatomia era todo mundo no salão de anatomia, dissecando peças, aprendendo (+) histologia, histologia também, era todo mundo na sala vendo as lâminas (+) então as aulas práticas, algumas aulas práticas era com todo mundo na medida que fosse possível, anatomia era possível, histologia era possível, mesmo a patologia que a gente tava lá vendo lâmina (+) e as outras a gente se subdividia em pequenos grupos.

Os Blocos acabam por se mostrarem eficientes sistematizadores do corpo humano, do normal ao patológico, ao alinhar os conteúdos semelhantes em proximidade temporal na grade de horário, entretanto os Blocos mantêm a pluridisciplinariedade delimitada ao limite da possibilidade de aproximação dos conteúdos.

P: dentro dos blocos era hábito começar sempre de uma situação mais normal, ir pra patologia, ir pra clínica, numa sequência?

A4.2: sim. Era o ensino da anatomia (+) da questão do funcionamento normal dos órgãos, e avançando para patologia, para as doenças de menor pra maior complexidade. Essa era exatamente a ordem.

Há, entretanto, uma característica de base que fundamenta as seleções dos Blocos:

Houve desde o início a intenção de enfatizar os aspectos fisiológicos e fisiopatológicos, sem prejuízo de uma informação mínima indispensável sobre os aspectos morfológicos (Marcondes, 1975, p. 180).

Esta intencionalidade marcará mesmo os conteúdos francamente morfológicos, como a Anatomia e a Histologia considerados voltados para os “*aspectos*

*morfo-estruturais do sistema [sendo] adotados os métodos convencionais”*¹¹, ao que representa, considerando o Curso Tradicional de Medicina, a utilização de disseções anatômicas e lâminas histológicas. Para a Anatomia do Curso Experimental de Medicina, indica-se

A apresentação de exames radiológicos realizados em doentes e que revelam alterações facilmente identificáveis pelos alunos. O corpo docente do Bloco deve estar atento às oportunidades que surjam durante o curso de ensinar anatomia “in vivo” nos animais utilizados nas experiências fisiológicas¹².

A Anatomia é chamada a incorporar duas frentes em seu cotidiano. Primeiro, a anatomia radiológica - a visualização, identificação e compreensão das partes componentes do corpo humano através de imagens radiológicas - porém, nesta indicação está claramente associada à anatomia patológica observável nestes exames – já que os indica para alterações facilmente identificáveis – mas é impossível dissociar esta anatomia patológica de uma anatomia normal observável nos exames de imagem. Segundo, a anatomia comparada, utilizando a disponibilidade de animais das experiências fisiológica para estabelecer comparativos anatômicos. Ou seja, a Anatomia do Curso Experimental de Medicina é chamada a incorporar a Anatomia do “vivo”, seja através da análise indireta do ser vivo via exames radiológicos, seja através da análise direta comparada nos animais de experimentos. Este alinhamento a uma expectativa de curso mais prática é solicitada em todas as disciplinas que comporão o Bloco, sempre a partir da incorporação de experimentos que possam ser desenvolvidos pelos alunos e não apenas de demonstrações e que estas experiências sejam abrangentes e possibilitem o desdobramento do conhecimento, como indicado para a disciplina de Fisiologia:

O curso prático nesta disciplina deve se fazer, sempre que permitido, através de experiências que possibilitem a discussão do maior número possível dos aspectos nela contidos (...) ênfase deve ser dada na discussão dos aspectos fisiológicos das grandes síndromes (...) estimula-se o docente a propiciar a demonstração em doentes (...) nas ocasiões em que os aspectos fisiopatológicos não puderem ser reproduzidos experimentalmente¹³.

Vale notar que o Curso Tradicional de Medicina também possuía carga destinada à prática bastante significativa, o próprio curso de Fisiologia prevê o atrelamento de aulas teóricas com aulas práticas para todo o seu conteúdo através de

¹¹ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p.3. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP

¹² Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p.3. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP

¹³ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p.4-5. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

uma série de experiências e experimentações listadas em seu Programa¹⁴. Contudo, esse mesmo Programa não faz referência alguma à integração da Fisiologia com outras disciplinas, como sugere a proposta do Curso Experimental de Medicina, tampouco à inserção da observação do indivíduo portador de patologias em estudo como forma de concretização da sintomatologia, como indica o antigo professor que atuava nos dois cursos:

PFS: o conteúdo era basicamente era semelhante (+) mas tinha a ORGANIZAÇÃO INTEGRADA (+) isto era diferente.

Apesar de um alinhamento com a prática importante, nos Blocos a informação referente aos conteúdos das clínicas era restrito, visando “*apenas a discussão, do ponto de vista predominantemente semiológico, das grandes síndromas referentes ao bloco em estudo, com a utilização de pacientes*” (Marcondes, 1975, p. 181), ou seja, o Bloco é pensado ainda como um conhecimento de base, de fundamentação do pensamento do aluno para a introdução posterior no pensamento clínico.

Partindo do princípio da experimentação, da prática constante, observar o Programa dos Blocos dimensiona os objetivos de uma formação mais lógica e integrada, no sentido de aproximar os conteúdos semelhantes, assim como a dimensão da necessidade de uma formação mais ampla, geral e aplicada que permita a compreensão e inserção mais imediata do fazer médico.

Ao comparar os conteúdos previstos para cada Bloco com os possíveis correspondentes no Curso Tradicional de Medicina, o Bloco de Aparelho Locomotor¹⁵ chama a atenção pela brevidade, sendo ofertado em duas semanas concentrando seus conteúdos na disciplina de Anatomia dos ossos, articulações e músculos esqueléticos. No Curso Tradicional de Medicina, o aparelho locomotor traz um conteúdo muito descritivo e morfológico, onde se estabelece um detalhamento de ossos, articulações e músculos significativo pela Anatomia, com menor expressividade na Fisiologia, que se concentra na mecânica muscular, assim como a Farmacologia. Baseado nesse princípio muito morfológico, o Bloco de Locomotor no Curso Experimental de Medicina é anatômico, com conteúdos mais gerais, não se listando conteúdos das outras disciplinas

¹⁴ Programas e Horários do Curso Tradicional de Medicina para o 2º ano. 1969. p.6-15. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

¹⁵ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p.5-6. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

pois teriam sido discutidos na parte “geral” destas, como observamos no quadro a seguir:

Quadro XIII - I BLOCO – SISTEMA LOCOMOTOR (2 semanas de duração)	
A) ANATOMIA	
◦ Aparelho locomotor: generalidades sobre os ossos, músculos e articulações.	
◦ Estudo dos ossos do esqueleto.	
◦ Estudo das principais articulações.	
NOTA: os aspectos histológicos do sistema locomotor, bem como a fisiologia da contração muscular foram estudados no 1º ano como parte dos programas de Histologia e Fisiologia Gerais.	

Extraído e Adaptado de: Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

No ANEXO IV estão colocados os conteúdos localizados deste aparelho para o Curso Experimental de Medicina e para o Curso Tradicional de Medicina para que se possa observar o volume e detalhamento de conteúdo em cada uma das propostas levando-nos a aventar o quão desimportante na formação de base do aluno seria esse Bloco na concepção do Curso Experimental de Medicina, uma vez que a seleção feita para ele é mínima, tanto em tempo destinado, quanto em conteúdo, quanto em docentes necessários, já que essencialmente estão envolvidos apenas os professores de anatomia. É preciso lembrar que é concepção fundante do projeto a significação do conteúdo à prática cotidiana, e o aparelho locomotor é mais diretamente relacionado à prática da Ortopedia e Traumatologia, recuperadas tanto em clínica quanto em cirurgia de forma mais focada e objetiva ao cotidiano; um Bloco mais enxuto cumpriria a função da obrigatoriedade de retomada significada dos conteúdos, bem como afastaria o Curso Experimental de Medicina da convencional sobrecarga anatômica que o Curso Tradicional de Medicina imputava aos alunos:

A1.3: não existe uma doença que afete só uma coisa (+) não tem /.../ e pra isso você tem que ter uma visão clínica mais ampla, e isso eu acho que essa estrutura curricular ajuda. Fora que você não tem que voltar pra determinadas coisas, que era o que a gente dizia, bom, as aulas de anatomia no começo eram /.../ você chegava no primeiro dia dentro da aula de anatomia você ganhava um saquinho de osso. Esqueleto desmontado aqui dentro de um saco de osso. Você levava pra casa e ficava vendo o nome de todos os buraquinhos e calombinhos (+) decorava um monte de nomes (+) era assim (+) “aqui se fixa o flexor ulnar do carpo, aqui é o tubérculo mediano num sei o que”. Tá bom, você decorou tudo. Se você fosse usar isso porque você vai fazer a sua residência de neuroanatomia, você tem que aprender tudo de novo, porque você não viu nenhuma utilidade prática daquilo, se você não usa mais aquilo, aquele conhecimento e aplica aquilo em alguma coisa, você esquece! Então o que é que acontecia: quem ia fazer cirurgia voltava pra anatomia; quem ia fazer pediatria voltava pra fisiologia; quem ia fazer psiquiatria começava do zero ((risos)) era assim a coisa! E se você visse a

coisa por áreas, você integra mais o teu conhecimento e se você precisar volta. Depois na tua área específica você vai desenvolver mais /.../ então isso era uma das coisas que se criticava. Que você tinha uma grande formação horizontal, gastava MUITO tempo pra estudar anatomia, e que você esquecia metade dessa anatomia. E mesma coisa em fisiologia e em todas as áreas.

Fugir da falta de significação e aplicabilidade que o Curso Tradicional de Medicina apresentava; da perda de tempo e energia de estudos que esta dissociação com a prática ocasionava; e estimular o aprendizado baseado em objetivos precisos e aplicáveis, acabam por nos levar a compreender os motivos de um Bloco de Aparelho Locomotor reduzido e mínimo comparativamente ao proposto para o aparelho tradicionalmente.

Nos outros Blocos¹⁶, os conteúdos listados aproximam-se um pouco mais em quantidade das seleções para o Curso Tradicional de Medicina, mantendo o direcionamento para a prática, tanto laboratório-experimental, quanto clínica, e buscando a significação. Utilizaremos o Bloco de Sistema Cardiopulmonar¹⁷, um bloco longo - 8 semanas de duração - e com programa detalhado, como exemplificação, mas as questões repercutem em todos os Blocos. O ANEXO IV traz o registro do programa de ambos os cursos.

Ao buscarmos os correspondentes conteúdos ao Bloco de Cardiopulmonar no Curso Tradicional de Medicina, temos que percorrer os quatro primeiros anos do Curso, pois estes conteúdos encontram-se dispersos nas disciplinas de Anatomia, Histologia e Embriologia (primeiro ano); Fisiologia (segundo ano); Farmacologia (terceiro ano); e Patologia (Anatomia Patológica, no quarto ano) sob os nomes de Sistema Cardiovascular e Sistema Respiratório. Esta coleta nos dá um pouco a dimensão do amalgamado que os Blocos do Experimental faz ao colocar, lado a lado, conteúdos que hierarquicamente estariam dispersos ao longo do percurso formativo anterior aos internatos do Tradicional. Ou seja, cada Bloco agrupava em poucas semanas conteúdos que estavam associados a disciplinas ao longo de quatro anos.

Considerando exclusivamente o registro nominal de conteúdos - uma vez que não temos disponível o registro cotidiano das aulas efetivadas e a memória dos entrevistados não é neste nível de detalhamento - a repetição provável de conteúdos, em

¹⁶ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p.6-20. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

¹⁷ Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. p.17-20. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

especial entre a Anatomia e a Fisiologia, que o Curso Tradicional de Medicina registra é observada. Há a proposição de conteúdos semelhantes de circulação, listando as circulações que serão discutidas que acabam por se sobrepor; do controle cardíaco e condução nervosa do coração, utilizando-se graus de aprofundamento maior na Fisiologia; e de repetição da estrutura anatômica da respiração, ao propor o estudo das bases anatomofuncionais em Fisiologia.

Partindo da compreensão mais rala de que a Anatomia discute a morfologia macroscópica; a Histologia a morfologia microscópica; a Fisiologia o funcionamento dos órgãos; e a Patologia trata das alterações do adoecimento; a repetição de conteúdos não se justificaria, uma vez que, nessa sequência e alinhamento das disciplinas iria em um continuum macro-micro/normal-patológico de tal sorte lógica e convencionalmente estabelecida para o ensino. Doravante, a repetição acontece sob a lógica do redimensionamento que cada disciplina dá ao mesmo conteúdo, repetição e redimensionamento que o Curso Experimental de Medicina tenta quebrar.

No Bloco de Sistema Cardiopulmonar do Curso Experimental de Medicina, a Anatomia se concentra nos aspectos morfológicos macroscópicos do coração e sistemas vasculares designados, dando a dimensão da integração dos vasos sanguíneos ao corpo humano uma vez que um sistema é a exata integração de órgãos, com base na funcionalidade destes. A Fisiologia se concentra no funcionamento do coração e na circulação e manutenção desta circulação do sangue, preocupando-se com as regulações nervosas e químicas. O sistema respiratório comparece como um grande condutor aéreo, registrado como vias respiratórias ou aéreas e pulmões, ao invés de uma sucessão de detalhamento de órgãos que o Tradicional faz, imprimindo a característica aplicabilidade e funcionalidade do Experimental.

A Patologia também se distingue em registro. No Curso Tradicional de Medicina há uma lista de cada patologia a ser estudada, no Curso Experimental de Medicina estas patologias estão mais agrupadas de acordo com a grande origem do problema. Assim, o que no Tradicional é uma sequência de nomes: choque, infarto, trombose, entre outros; no Experimental estes mesmos nomes aparecem sob o subtítulo de perturbações circulatórias, o que dá significação e estabelece uma cadeia de pensamento e lógica morfofuncional-patológica.

Importante lembrar ainda que, no Curso Experimental de Medicina, a Fisiologia não está listada no Programa apenas como tal, mas agrupada à Farmacologia. Mesmo acontecendo em momentos separados e com professores distintos, a Fisiologia se acha intencionalmente aproximada da Farmacologia, que comparece em conexão estrita de seleção de conteúdos.

Gostaríamos, enfim, de retomar a organização dos Blocos em que os conteúdos encontram-se distantes ao longo dos quatro primeiros anos do Curso Tradicional de Medicina. A seleção de conteúdos para compor um Bloco arrebanhando conteúdos dispersos temporalmente e sedimentados em uma lógica formadora distinta, obriga professores e instituição a repensar suas atuações e disposições. O professor tem de se deslocar ao longo de um ano inteiro e retornar à sala de aula sucessivas vezes com intervalos de tempo irregulares e determinados pela necessidade de inserção de seu conteúdo em um percurso formador que lhe exige esta disponibilidade, mas também lhe exige revisar suas próprias concepções do papel de sua disciplina na formação médica, bem como repensar o seu próprio papel como formador destes médicos. A concepção dos Blocos lida, ainda, com a necessidade de uma disponibilidade dos docentes em integrar, de fato, tal sistema pois não apenas os conteúdos de suas disciplinas são remanejados e redimensionados, mas também lhes é solicitado que revejam suas estratégias de ensino, uma vez que o Curso Experimental de Medicina pede uma metodologia participativa, ativa e envolvente, entretanto:

O regime de ensino varia de bloco para bloco e mesmo de uma disciplina para outra dentro de um mesmo bloco, por não ter sido possível obter até o momento uniformização das técnicas de ensino (e também de avaliação) entre todos os docentes (Marcondes, 1975, p. 181).

Assim, havia Blocos em que determinada disciplina se sobrepõe mas há Blocos em que esta mesma disciplina pode pouco comparecer - como ocorre, por exemplo, com Anatomia no Bloco de Sistema Locomotor e no Bloco de Sangue e Sistema Hematopoiético - já causando uma crise nas prerrogativas da seleção do professor que é obrigado a se adaptar à expectativa do Bloco e não à sua. Houve a solicitação - e conforme dá-nos a entender Marcondes foi alcançado em alguns Blocos - de que se uniformizassem as estratégias de ensino e as avaliações, constituindo um novo paradigma de ensino que envolveria conteúdos selecionados coletivamente, métodos participativos com o aluno ativo e avaliações integradas do Bloco e não do conteúdo. Estas solicitações são todas feitas nos fundamentos de constituição de uma disciplina.

As disciplinas são relacionadas e atribuídas a grupos de profissionais que se identificam como pertencentes a uma comunidade disciplinar que tem tradições e se ajunta ao redor de sua especialidade disciplinar. Esta comunidade ergue barreiras impedindo o livre fluxo com outros profissionais, identificados como pertencentes a outra disciplina, com especialidade, conteúdo e tradições específicas e, portanto, distintas, o que o caracteriza como não pertencente àquela comunidade (Goodson, 1997). Parte do processo de construção da disciplina, das seleções que a comunidade faz ao longo de sua trajetória para constituir o escopo, o núcleo duro da disciplina, baseia-se nos objetivos que ela defende, nos conteúdos que ela propaga, nas metodologias, exercícios e atividades associadas à propagação e fixação destes conteúdos, nas avaliações da fixação dos conteúdos (Chervel, 1990), constituindo base do poder de aculturação disciplinar.

É nesse interregno que o sistema de Blocos do Curso Experimental de Medicina rompe com as bases fundantes da constituição de uma disciplina, de espaço-tempo contínuo a ser defendido e alargado. A estabilidade que uma disciplina representa no currículo e na comunidade profissional é abalada ao se fragmentar o território disciplinar em pequenas partes do seu conteúdo e pulverizar seu poder de aculturação.

Recuperamos pesquisa anterior em que analisamos a disciplina de Anatomia Humana na Faculdade de Medicina (Tavano, 2011) em período anterior à existência do Curso Experimental de Medicina como exemplificação. A Anatomia Humana da Faculdade era a construtora de retóricas legitimadoras para a comunidade disciplinar - não apenas da Faculdade mas certamente paulista e em determinadas situações nacional - que se foi construindo a partir de fortes preceitos que são incorporados como o saber/fazer anatomia em São Paulo. Esta Anatomia, que tem seu território circunscrito e espreado nacionalmente, aculturadora de toda uma geração de anatomistas-referências, captadora de recursos e prestígio por todos os locais em que se instalasse, é chamada para compor um Bloco em uma experiência didática que exigia que ela se realocasse a uma forma de organização que a colocava justaposta a outras disciplinas com a finalidade de discutir um sistema orgânico. Ou seja, a Anatomia não era o objeto em si do estudo, e sim um componente para se atingir o objetivo, subjugando-a a uma lógica formadora que não credita a ela um papel principal ao mesmo tempo em que vê sua coesão de instituição disciplinar ser atingida para se reagrupar. A comunidade

disciplinar da Anatomia paulista foi moldada e estimulada a um papel de soberania, de superioridade técnica, metodológica, conceitual, comportamental, e tem desconsiderada sua história para ser obrigada a se incorporar a uma experiência. Não se pode acreditar que aceitaria benevolmente a perda de prestígio e destaque, mais ainda visto ser uma experiência e o status disciplinar estar mantido no outro curso. Evidentemente estamos extremando para tornar o exemplo mais claro, porém, é preciso reconhecer que a situação de ceder prestígio e reconhecimento em prol de uma coletividade imposta, prestígio esse construído a duras penas pela disciplina, não é algo simples de se obter, ainda mais se considerarmos que as comunidades disciplinares não são agremiações harmônicas, mas agrupamentos em conflito constante por aumentar o próprio poder dentro desta comunidade.

Mas o Bloco não apenas visava a quebra de continuidade com a realocação dos conteúdos, propunha também alterar as bases do processo de avaliação e das metodologias disciplinares, como indica Marcondes (1975) supracitado, abalando a construção do território disciplinar e afrontando sua comunidade que perde os referenciais imediatos e deve se recompor na intersecção com outras comunidades disciplinares. Assim, não se trata apenas de uma crise de poder que os professores são obrigados a enfrentar ao cederem seus lugares a um outro que pode contribuir mais do que ele naquele momento formador, mas de perceberem que suas disciplinas não são soberanas e sólidas, e devem se render a uma perspectiva formadora onde o mote não é o corpo humano disciplinar, mas um corpo humano que se integra à partir de agrupamentos funcionais mediados por uma perspectiva de generalidades, prevenção e comunidades que será forte no próximo ciclo. Não é de estranhar que, uma vez que os conteúdos não puderam ser controlados e foram dispostos e repostos por forças externas, as comunidades tenham recusado a abrir mão das suas metodologias e avaliações, ao menos preservando estas bases da construção de suas disciplinas e tentando manter parte do poder aculturador, fazendo com que as avaliações nos Blocos fossem segmentadas para cada pequeno território disciplinar. Há uma constituição disciplinar que é desconsiderada pela organização proposta pelo Experimental e que tenta ser revertida pela seleção de docentes pouco aculturados às disciplinas, contudo, não se consegue de fato romper e cria-se um fenômeno de micro disciplinas dentro dos eixos temáticos.

As disciplinas sobrevivem no Blocos – assim como no restante do Curso Experimental de Medicina que utiliza uma organização temática similar aos Blocos no Ciclo Clínico - enquanto espaços circunscritos e delimitados que agora estão com um tempo de execução e sequência diferente, mas mantêm-se em microcosmos disciplinares resguardando suas tradições e elementos estruturantes.

4. O CICLO CLÍNICO

No curso Tradicional, o ciclo clínico compõe-se por disciplinas que expressam as áreas de atuação médica – tais como Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Clínica de Doenças Infecciosas, e outras - bem como de disciplinas que dão suporte às clínicas e também podem se constituir campos de atuação individualizados – tais como Anatomia Patológica, Farmacologia, Radiologia e outras¹⁸ - e se assemelham às especialidades médicas. Como parte da proposta de organização curricular, este ciclo se nutre da base que foi plantada no ciclo anterior, entretanto, muitas repetições dos conteúdos básicos são relacionadas nos programas das disciplinas como itens iniciais destes. Para exemplificar, citamos apenas alguns casos no quadro a seguir:

Quadro XIV - Relação de conteúdos básicos constantes dos programas do ciclo clínico do CTM (1969)	
Disciplina Clínica	Item no Programa
Clínica Médica (Nefrologia)	1.Histofisiologia dos rins. Funções renais 14.Pressão arterial. Mecanismo de controle
Clínica Urológica (Urologia Feminina)	1.relações anatômicas e funcionais entre aparelho genital feminino e aparelho urinário 2.embriogênese urogenital feminina
Clínica Oftalmológica	1.anatomia, histologia, fisiologia e embriologia oculares
Clínica Otorrinolaringológica	2.anatomia, embriologia e fisiologia das fossas nasais e cavidades anexas
	15. anatomia, fisiologia e embriologia da boca e faringe
	27. anatomia, fisiologia e embriologia da laringe
	34. anatomia, fisiologia e embriologia do aparelho auditivo

Fonte: Programas e Horários do Curso Tradicional de Medicina para o ano de 1968. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP

Há uma preponderância explicitada de se retomar os conteúdos da Anatomia, da Fisiologia e da Embriologia, já discutidos inseridos nestas disciplinas primárias de acordo com a entrada destes órgãos e sistemas nas disciplinas clínicas, chegando mesmo a repetições dentro das disciplinas do mesmo ciclo clínico: ao falar de

¹⁸ Disciplinas retiradas da grade curricular proposta para o ano de 1968 do Curso Tradicional de Medicina, que se encontra completa no ANEXO II (Cf. Programas e Horários do Curso de Medicina da FMUSP para o ano de 1968, acervo da Assessoria Técnica Acadêmica).

nefrologia, a Clínica Médica recupera os conteúdos de sistema urinário, que também são listados em Clínica Urológica. É possível que tais repetições visem a recordação dos alunos dos conteúdos já temporalmente distantes, é também possível que tais registros não sejam repetições literais, e tratem-se de registros que visam o aprofundamento na especificidade necessária para a clínica; entretanto, ambas as causas levam a perceber a falta de comunicação e inter-relação do ciclo básico para o ciclo clínico.

Considerando que a proposta formadora visa à profissionalidade, um ciclo básico que fosse organizado de acordo com as necessidades formadoras, aprofundando o necessário para a prática profissional, poderia minimizar as necessidades de repetições posteriores. Vale também notar que, para eliminar de fato as repetições, os professores do ciclo clínico teriam de reconhecer a potencialidade formadora efetiva dos professores do ciclo básico, o que parece não acontecer nem ao menos entre os professores do próprio ciclo, pois as repetições acontecem dentro dele. O não reconhecimento da potencialidade do outro é marcante na Faculdade de Medicina, onde encontramos, por ocasião da Reforma Universitária¹⁹ e criação do Instituto de Ciências Biomédicas a discussão sobre a validade do ensino oferecido aos alunos de medicina no Instituto, propondo-se e aprovando-se que os professores dos semestres subsequentes ao ensino do ICB estabeleçam uma programação “*visando sanar falhas que este ensino do ICB possa acarretar*”²⁰.

O ciclo clínico, tal qual o nome indica, é voltado para a formação profissionalizante do aluno e conta com parte prática importante. Todas as disciplinas deste ciclo, conforme a pertinência dos conteúdos, indicam a existência de práticas demonstratórias e/ou experimentais nos laboratórios, porém, a frequência de registros com que estas práticas aproximariam o aluno da realidade do fazer médico é baixa, e é explicitada em Clínica Médica, ao indicar que “*sempre que necessário utilizar pacientes de outras clínicas*”²¹, levando-nos a concluir que os pacientes da clínica médica do Hospital das Clínicas fossem utilizados como rotina, porém não indicando de que maneira dava-se a “utilização”; e em Clínica Cirúrgica as “*aulas serão dadas sob a forma de preleções teóricas e de demonstrações práticas na enfermaria, no*

¹⁹ Lei nº 5540 de 28 de novembro de 1968 – Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências.

²⁰ Ata da Congregação da FMUSP de 02 de dezembro de 1971, p. 217v.

²¹ Programas e Horários do Curso de Medicina da FMUSP para o ano de 1969, p. 25, acervo da Assessoria Técnica Acadêmica.

ambulatório e no laboratório da Técnica Cirúrgica Experimental”²², deixando clara a associação do recurso do laboratório de ensino para a prática controlada. Duas disciplinas clínicas importantes em carga horária e destinação de esforços formadores na Faculdade de Medicina e que explicitam a presença dos alunos nas clínicas do Hospital das Clínicas para a observação de demonstrações de técnicas e práticas. As outras disciplina não tornam explícita essa presença, o que não significa ausência do aluno nas práticas do cotidiano do Hospital das Clínicas.

Gostaríamos de sinalizar que neste ciclo clínico, a disciplina de Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas é, ao lado das Clínicas Médica e Cirúrgica, a única que registra o aluno em prática junto aos serviços de saúde e é quem mais se preocupa em detalhar como a formação prática dos alunos ocorreria:

O programa da Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas será desenvolvido em sua parte de ensino da seguinte maneira:

- a) Estágio hospitalar com frequência dos alunos nas enfermarias e ambulatórios. Durante os estágios os alunos acompanharão os trabalhos de rotina da Clínica, tanto na enfermaria quanto no ambulatório, participando, diretamente, em pequenos grupos, devidamente supervisionados pelos docentes, do exame e seguimento dos doentes.
- b) Seminários sobre temas previamente distribuídos aos alunos. Estes, antes do debate dos tópicos focalizados no seminário, responderão, de forma sintética por escrito, aos quesitos formulados. Em seguida, os docentes farão os comentários sobre estas respostas que serão depois, discutidas com a participação de todos os alunos.
- c) Discussão com os alunos, das observações clínicas feitas por eles, aproveitando o caso em discussão como centro de interesse, inclusive para a interpretação da conduta diagnóstica, interpretação de exames de laboratório e orientação terapêutica.
- d) As aulas teóricas foram praticamente suprimidas sendo as noções teóricas introduzidas durante o ensino prático²³.

Com a quase eliminação das preleções teóricas e sua substituição por seminários e discussões em campo, os alunos são levados para a realidade do hospital onde, através de orientação e supervisão de um professor, podem acompanhar a rotina de atendimento e seguimento do tratamento de doentes que buscam atendimento. A aproximação à realidade do serviço da Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas - supervisionada e controlada - rompe com a sensação de apartamento que as outras disciplinas induzem à leitura de seus programas entre ensino ofertado e as rotinas dos serviços médicos, situação que será tônica no Curso Experimental de Medicina.

²² Programas e Horários do Curso de Medicina da FMUSP para o ano de 1969, p. 52, acervo da Assessoria Técnica Acadêmica.

²³ Programas e Horários do Curso de Medicina da FMUSP para o ano de 1969, p. 31-32, acervo da Assessoria Técnica Acadêmica.

As recorrentes repetições de conteúdo de uma organização curricular que privilegia a separação, estabelecendo tempos e espaços para cada uma das áreas de atuação e inserção, é a organização convencional do currículo que busca ser rompida pela organização integrada do Curso Experimental de Medicina, onde – tal qual nos Blocos – estes conteúdos aparecerão sob uma reordenação que privilegia campos e não especialidades.

O Curso Experimental de Medicina tem a formação preparatória para a clínica dividida em duas etapas, o Curso Pré-Clínico, no 4º semestre, composto por uma disciplina – Semiologia - e dois conjuntos - Medicina Tropical e Medicina Preventiva; e o Curso Clínico, nos 5º e 6º semestres, com o grande foco na Clínica Médica e na Medicina Comunitária. Ambos se assemelham aos Blocos, cujas disciplinas convergem sob temas da atuação clínica, formando conjuntos temáticos, ainda que existam disciplinas isoladas, como mostra o quadro a seguir:

Quadro XV - Matriz Curricular do Curso Experimental de Medicina - Curso Pré-Clínico e Clínico

Quadro XV - Matriz Curricular do Curso Experimental de Medicina - Curso Pré-Clinico e Clínico				
Etapa	Disciplina / Conjunto de Disciplinas	Carga Horária	Semestre	Ano
Curso Pré-Clinico	Semiologia	90	VI	3
	Medicina Tropical (Parasitologia Clínica, Microbiologia Clínica, Imunologia Clínica, Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias)	375		
	Medicina Preventiva (Método Epidemiológico, Bases Demográficas de Atenção Médica, Estrutura de Atenção Médica, Introdução à Medicina Preventiva, Genética Médica)	180		
Curso Clínico	Medicina Clínica I e II (Clínica Médica, Radiologia)	720	VII e VIII	4
	Medicina Comunitária I e II (Atenção aos Adultos, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia, Psiquiatria)	480		
	Oftalmologia	45	VII	
	Otorrinolaringologia	45		
	Introdução à Cirurgia	75	VIII	
	Medicina Legal, Social e do Trabalho e Ética Médica	75		

Fonte: Marcondes, 1975

A partir do Curso Pré-Clínico, no terceiro ano de graduação, os alunos do Curso Experimental de Medicina são levados aos serviços de atendimento para acompanhar as rotinas e iniciar uma ação propedêutica. Há o deslocamento Cidade Universitária para outros espaços, que agora são imediatamente relacionados à prática clínica.

PMP.1: em sendo poucos alunos, por exemplo, eu ia no Emílio Ribas, não me esqueço disso, com dois alunos só, eu e dois alunos, pegava um caso pra eles fazerem anamnese, mostrava exame físico em cima dali, daquele caso, a gente discutia o tratamento, em nível familiar domiciliar (+) que medidas a gente tinha que tomar para aquela doença em termos de saúde pública (+) né, vacinação, quarentena, se é notificação compulsória ou não, então os alunos iam bem prático em cima de um caso concreto e partia, diferente das aulas expositivas.

A Medicina Preventiva partia de casos reais, coletados junto aos serviços de atendimento para promover situações de aprendizado. Assim, mesmo que os alunos não estivessem capacitados para o atendimento estrito, eles estavam colocados no ambiente da prática clínica, permitindo-lhes outro modelo de aprendizado, o aprendizado por observação e prática supervisionada. Divididos em pequenos grupos, os alunos visitavam as clínicas, acompanhavam as rotinas, analisavam procedimentos e se aproximavam e apropriavam do fazer-médico.

Apesar de uma proposta de aprendizado prática, da inserção dos conteúdos no cotidiano imediato e real, a Medicina Preventiva não mobilizava os alunos com entusiasmo.

P: a preventiva era muito presente no curso de vocês?

A4.3: acabou sendo presente mas não muito, porque eu acho que o currículo não conseguiu fazer (+)esse desvio, vamos dizer assim. Aí (+) pode ter tido uma série de outros detalhes. Os motivos reais da criação desse curso. Mesmo quem devia tomar conta da gente, lá na preventiva, será que eles fizeram o que devia ser feito. Então a preventiva pra gente, pra mim pelo menos (+) era uma coisa um pouco problemática porque eles quiseram dar uma ênfase muito forte na parte estatística, pra gente entender (+) e isto chateava porque era uma coisa difícil /.../ e as pessoas que vinham dar aula pra gente (+) era difícil aprender a conviver e fazer as coisas acontecerem. Então não era aquela aula, aquela coisa que a gente adorava. Pela forma de ser e porque a gente se entusiasmava mais pelo movimento das outras matérias. Então (+) forçaram muito nessa história e acabou não gerando (+) frutos. Não lembro de quem é que teria feito preventiva. Da minha turma não me lembro mesmo. Até pras áreas básicas foram algumas pessoas mas não muito também.

Um dos focos formadores do Curso Experimental de Medicina parece não ter alcançado a expressividade proposta. Nenhum dos antigos alunos entrevistados faz referência espontânea à Medicina Preventiva para além de indicá-la como uma das prioridades do Curso. Ao serem questionados sobre ela, respondem com dificuldade, dando conta que era um conjunto pouco prestigiado e pouco interessante. Este desinteresse não se repete com o outro conjunto do ciclo pré-clínico, a Medicina Tropical, que conta com relatos espontâneos de situações formadoras, e acontecia em tempo contíguo à Preventiva.

O conjunto de Medicina Preventiva contava com os conteúdos de Epidemiologia, Bases Demográficas da Atenção Médica, Estrutura da Atenção Médica, Genética, e os próprios fundamentos da Preventiva; e o conjunto da Medicina Tropical trazia a Parasitologia, Microbiologia, Imunologia e Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias. Em uma observação superficial pelos conteúdos componentes, pode-se

denotar o motivo da preferência dos alunos pela Medicina Tropical, que se relaciona à prática hospitalar, ao atendimento de doentes, ao contrário de Preventiva que se volta para as dinâmicas nas populações, para conteúdos estatísticos e de saúde pública. Assim como Matemática, Preventiva não atrai por ser apartada demais do doente. Os conjuntos mais relacionados à clínica com o doente atraem mais e levam a dedicação maior.

Vindos de uma experiência que lhes exigia a atividade como papel de aluno, ao chegar neste ciclo de formação, os alunos estavam mais seguros e traziam como diferencial a construção do pensamento médico, e exercitavam esse aprendizado. O antigo professor do conjunto de Medicina Tropical faz um rico relato sobre a ação dos alunos neste conjunto:

PMI: eles tinham um assunto, então eles iam junto, o professor era só o participante pra ajudar a coordenar, mas eram eles que faziam a estrutura. Então pra você ter uma ideia, quando eles chegavam, a gente ia estudar (+) uma parasitose intestinal, por exemplo. Aí eles pegavam um livro, em grupinhos de 6, e eles liam o que era, situava o que era aquele problema. E aí eles fechavam o livro e discutiam com aquele primeiro tópico que eles viram. (+) Aí eles liam o agente causador, a distribuição, em que local do mundo e aí ia assim: “mas se distribui num local do mundo, o que caracteriza esses países em que acontece?”, “Bom, eles tão na área tropical” ou “a temperatura é mais alta, aparece na zona rural”, sabe assim?! Eles faziam (+) conexões (+) em grupo. Aí eles iam lá pra saber o que o bicho fazia dentro do corpo, aí eles fechavam o livro e eles imaginavam “se ele faz isso, tem esse trajeto, ele tem determinadas características do bicho, como é que ele podia fazer dentro do organismo?” Aí eles iam lá pra ver se era isso que acontecia. Aí quando chegava assim na patologia, eles viam não, não é isso, tal, alguma coisa que não era. Eles só olhavam pra mim perguntavam: “não é isso mesmo?” Depois que eles acabavam o raciocínio - eu não interferia - aí eles falavam “agora qual é o quadro clínico”. (++) E eles assim, no raciocínio, eles iam formando o que seria o quadro clínico: “se tiverem uma quantidade de bicho que entra dessa forma, e se tiver uma quantidade maior, e se tiver alguma doença associada?”. “o amarelão, que é o ancilóstomo (+) ele suga o sangue, ele vive de sangue, então é um parasita terrível, e aí a fêmea (+) que vive do sangue, o macho não, só pra haver a cópula, ele é eliminado, e ela não. Ela fica mordiscando assim a parede do intestino pra chupar o sangue, só que assim, ela mordisca, uma parte ela suga uma parte perde, não é, além de tudo ela é perdulária, e ela $\frac{2}{5}$ ela absorve e $\frac{3}{5}$ ela perde, então, cada 5 partes de sangue ela só aproveita 2, 3 perde, então, o paciente se ele não tem o sangue suficiente então assim, será que alguém que tem (+) não tem anemia não tem nada, aguenta isso? Ah! aguenta porque repõe em tantos dias. Então, se for só um pouquinho tudo bem, e se for muito?” E aí eles chegavam a conclusão assim, chegava na insuficiência cardíaca congestiva, PORQUE, “porque a quantidade de sangue começava a diminuir (+), você vai tentando repor, daqui a pouco você fica com o sangue mais aguado, não consegue repor de forma adequada, daí o coração começa a trabalhar mais pra passar o mesmo que a gente precisa de oxigênio (+) no glóbulo vermelho, e aí o que acontece? Esse coração vai ter que trabalhar o dobro porque o sangue tem pouca tinta, né, pouca hemácia, pouco oxigênio, e aí o que acontece? Ele vai se hipertrofiando, hipertrofiando, quanto mais a tinta diminui mais ele se hipertrofia de repente, ele entra em exaustão, você fica inchado inteiro” (+) e aí eles assim pra mim: “não é isso mesmo?” E eu se usasse dentadura teria

caído porque eu nunca aprendi porque que isso dava insuficiência cardíaca congestiva, estava escrito no livro! Eu não aprendi com eles? Esse dia eu fiquei encantada! /.../ E era assim: eles pensavam! (+) Então aluno como esse incomoda e todos eles estudavam, era uma coisa que assim não existia, né! E eles queriam saber se um entendeu, se o outro entendeu, eles queriam que todos participassem, sabe assim, eles fazia uma dinâmica de grupo.

O antigo professor tenta reproduzir um pouco o processo de construção do pensamento, do raciocínio clínico que os alunos do Curso Experimental de Medicina chegavam trazendo das experiências formadoras anteriores no Curso. Com o hábito desenvolvido de elencar hipóteses e construir esquemas corroboradores das hipóteses, estes alunos chegavam nas clínicas incomodando, pois eles queriam chegar a soluções por seu próprio esforço, obrigando o professor a se posicionar marginalmente e ceder lugares. O relato é em Medicina Tropical, mas podemos assumir que situações semelhantes acontecessem nos outros conjuntos.

No quarto ano do Curso Experimental de Medicina, os alunos são colocados em situação de atendimento. O Curso Clínico busca introduzir de fato o aluno no cotidiano de atendimento médico através da presença e atuação destes alunos em serviços de saúde, mantendo uma retaguarda de aulas teóricas na Faculdade de Medicina. Aqui, dois conjuntos – Clínica Médica e Medicina Comunitária – dividem espaço com disciplinas isoladas – Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ética e Introdução à Cirurgia.

Forte mote do Curso Experimental de Medicina, a Clínica Médica, que orbitava o terceiro ano através da disciplina de Semiologia, se plenificava no quarto ano do Curso:

Sem dúvida, o quarto ano constitui o período chave do curso de graduação em medicina, dentro da programação do CEM, no que diz respeito a inculcar nos alunos conceitos adequados sobre o valor da clínica médica para a formação global do médico, a importância do atendimento de clientes em centros de saúde, o papel do médico no atendimento de primeira linha, a importância da colaboração de profissionais da saúde que não o médico, a concepção holística do ser humano, tanto na saúde quanto na doença. O que não puder ser feito quanto a esses tópicos nesse momento *difficilmente será conseguido mais tarde*, e tudo vai depender, em primeiro lugar, da definição dos objetivos das disciplinas integrantes do programa e do preparo (mais doutrinário do que técnico) dos docentes encarregados de sua execução (Marcondes, 1975, p. 184).

A Clínica Médica tem grandes pretensões no Curso. Não apenas é um ponto central da assistência em saúde que se preconiza, já que está no fundamento da assistência primária, da triagem e do atendimento generalista, e ocupa parcela

expressiva do cotidiano de grande parte dos futuros médicos, mas também tem uma função sensibilizadora destes alunos para a importância que esta categoria de atendimento tem junto à saúde das populações e na compreensão da integralidade do ser humano. A Clínica Médica tem um papel essencial, e para isso, é preciso que ela seja defendida por seus docentes, que deverão ter um preparo “*mais doutrinário do que técnico*”. Resgata-se, assim, o poder aculturador de uma disciplina para doutrinar, abarcar, fidelizar, albergar sua comunidade prol à perspectiva formadora do Curso Experimental de Medicina. Para isso,

Esse ciclo ocorria nas enfermarias do Hospital das Clínicas. O ensino de Clínica Médica Geral, precedido de um curso compacto de Propedêutica, recebeu grande destaque no Experimental. Quase que seria suficiente descrever a carga horária do curso de Medicina Geral para que se verifique sua importância no quarto ano de Medicina do Experimental: das 14 às 18, de segunda a sexta-feira, no primeiro e no segundo semestres letivos. Portanto, ao longo de todo o ano letivo.

Eram nove docentes: um Coordenador, substituto de todos, e oito docentes em regime de trabalho de dedicação exclusiva à Universidade. A turma era dividida em grupos de nove alunos, um grupo para cada um dos oito docentes. Ao longo do ano, a cada dois meses, havia rodízio de docentes de sorte que cada grupo convivía com quatro docentes diferentes. Um paciente era designado para cada aluno.

Durante o ano letivo, cada estudante, além de assumir, pessoalmente, de oito a dez pacientes por ano, participava da visita semanal a todos os doentes do grupo. Portanto, cada aluno tomava conhecimento, por ano, de cerca de 90 pacientes com doenças variadas. Conhecimento que se acumulava era grande.

O curso teórico era ministrado sob a forma de seminários, uma vez por semana, o docente com seu grupo de alunos. Existia uma lista de temas abrangendo as principais síndromes e doenças que acometem o ser humano. Entretanto, a sequência em que os seminários eram ministrados submetia-se à existência, no grupo, de um paciente que fosse portador da doença a ser abordada. O doente era avaliado na visita e a sua doença, no seminário. Assim, ao final do ano letivo todos os grupos teriam tido todos os seminários, porém cada grupo na sua própria sequência. Tomou-se a iniciativa de promover a publicação do texto (Clínica Médica, Propedêutica e Fisiopatologia” (Marcondes, Sustovich e Ramos. Guanabara Koogan, 1976) para que fosse uma referência ao curso que se ministrava.²⁴

Os alunos eram levados para dentro do Hospital das Clínicas e colocados em situação de atendimento, e tinham a responsabilidade de um grupo de pacientes que eram designados a eles. O curso de Clínica Médica tinha carga horária expressivamente alta, imprimindo e reforçando o poder de aculturação disciplinar diariamente junto aos alunos, trazia como método de ensino a prática e se apoiava em um material didático reforçador, pois produzido exatamente para responder as necessidades.

²⁴ Marcondes, Marcello. 2012. Acervo do Museu Histórico da FMUSP.

A3.1: no quarto ano a gente começava a ter clínica mesmo e aí era muito interessante também (+) porque clínica era em subgrupos e a gente tinha (+) discussões clínicas (+) porque aí a gente já tinha visto todos os blocos, nós tínhamos visto o corpo inteiro nos módulos e aí a gente veio pra fazer clínica, então a clínica era em cima de CASOS CLÍNICOS (+) você ganhava uma historinha que você tinha que discutir e que você tinha que estudar e aí SIM era contato com os pacientes. E era muito interessante, porque a gente ganhava dois, um ou dois pacientes cada um dos alunos, ganhava o que que significava ganhar: começava às duas e meia, mas das duas às duas e meia a gente tinha que evoluir e prescrever o paciente, então que não é nossa função é do interno do quinto anista, mas a gente fazia de conta que! Então a gente ia lá conversava com o paciente, examinava e via como é que ele tava, e ao final quando o paciente recebia alta a gente tinha que fazer um relatório. Então a gente acompanhava o paciente na sua doença, discutia com os professores, além daqueles casos que a gente discutia.

Para o conjunto de Medicina Comunitária serão utilizados espaços em serviços de atendimento públicos fora do Hospital das Clínicas, situação inédita desde a inauguração do Hospital. Para cumprir as atividades de Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia e Psiquiatria relacionadas a esse conjunto, o Curso era levado para o Centro de Saúde da Lapa, o Dispensário de Tuberculose Ipiranga e o Hospital Municipal do Tatuapé (Marcondes, 1975), locais onde os alunos poderiam atuar, sem a concorrência de outros estudantes como acontecia no Hospital das Clínicas, e com isso adquirir competências práticas e experienciar precocemente o fazer médico:

A2.1: uma das diferenças do curso Tradicional do Experimental (+) é que nós começamos a fazer obstetrícia (+) no (+) quarto ano (+) então a gente já aprendia a fazer parto no quarto ano da faculdade. /.../ e aí nós (+) começamos a fazer a aula de obstetrícia no Hospital do Tatuapé, que era um hospital da Prefeitura ((de São Paulo)), foi feito um convênio pro Curso Experimental de Medicina (+) porque não havia espaço (+) dentro do Hospital das Clínicas pra que mais uma turma, principalmente de quarto anistas, fazendo parto de obstetrícia, então (+) lá eu acho que a gente aprendeu bastante (+3) e era gratificante você ir no quarto ano, se vestir de branco, fantasiado de médico né, quando o pessoal ainda tava ((risos)) fazendo a parte teórica, clínica né, então a gente se sentia muito mais importante, muito mais valorizado.

Vivenciando o cotidiano dos serviços públicos mas também o cotidiano do atendimento, uma vez que no Hospital das Clínicas a ocorrência aos doentes era grande, através de internos, residentes, médicos, professores, nos campos externos, os alunos tinham maiores oportunidades nas áreas básicas de atendimento médico preconizadas pelo Curso:

A3.1: eu, por exemplo, acompanhei as consultas de pediatria (+) no Centro de Saúde da Lapa, ainda não tinha o Centro de Saúde-Escola do Butantã. E era muito legal! Porque a gente acompanhava a consulta de puericultura, e (+) como é que fazia leite, como é que fazia (+) soro de hidratação, pesava criança, acompanhava ver se tinha alguma intercorrência de doença. Isso a gente passava um período extremamente longo lá (+) pra poder ter sequência,

que eu não vou saber agora se era um semestre inteiro ou se talvez fosse até um ano inteiro, isso eu já não lembro, mas pelo menos um semestre era, a gente tinha dias fixos porque não cabia todo mundo lá. Então uns iam de segunda, uns de terça, tinha dias fixos, SEMPRE acompanhado por um professor, também era MUITO LEGAL! Que AÍ a gente tinha contato, mas já era quarto ano. Então, até o terceiro, o nosso contato com paciente foi PRATICAMENTE NENHUM. A gente começava contato com paciente, e aí sim de uma forma bem importante, no quarto ano. Tanto na clínica quanto no centro de saúde, era Pediatria no centro de saúde e moléstias infecciosas.

A3.4: que eu me lembro que era muito diferente nos dois cursos era o ensino de ginecologia. A gente, do Experimental, fez no Hospital e Maternidade do Tatuapé. E a gente precisava fazer 20 partos, cada aluno. E no HC não tinha muito essa condição, porque já tinha muita gente. Esse foi um estágio pra mim muito tocante.

P: e vocês faziam o acompanhamento da parturiente e o parto?

A3.4: olha, o que eu me lembro mais é de fazermos o plantão onde aconteciam os partos. Daí, quem queria ser obstetra já pedia pra participar de cesáreas.

Ir para os centros de atendimento, fazer plantões, realizar um mínimo de 20 partos, poder participar de cesáreas, acompanhar a rotina de pediatria - e isso tudo em um período do Curso em que ainda havia aulas - proporcionava aos alunos uma experiência de aprendizado prático que respondia às expectativas do aluno de medicina que queria ir para a clínica e atender pacientes. Comparativamente, os colegas do Curso Tradicional de Medicina enfrentavam a concorrência dos internos do Hospital das Clínicas e não tinham muitas oportunidades de colocar em prática suas aspirações, com isso, os alunos do Curso Experimental de Medicina se sentiam “médicos” antes de seus colegas tradicionais, e traziam desenvolvido seu senso crítico e raciocínio clínico, colocando-os em condição de questionamento das práticas institucionalizadas.

Nos conjuntos de Clínica Médica e Medicina Comunitária, coordenados por defensores do Curso Experimental de Medicina (Marcello Marcondes e Eduardo Marcondes, respectivamente), dificilmente esta postura dos alunos seria inibida. Ao contrário, os relatos dão conta do estímulo para que se desenvolvesse e amadurecesse. Todavia, no setor de Cirurgia, que apresentava resistência ao Curso, ela pode ter sido um incômodo. Não há relatos dos alunos entrevistados sobre esta inserção de Introdução à Cirurgia no quarto ano de seus cursos, ao que apenas podemos inferir não ter sido significativa para os alunos e ampliar a resistência relatada na fase de internato para este momento também.

O ciclo Clínico do Curso Experimental de Medicina é sinalizado pelos antigos alunos como fundamental para a construção do fazer/ser médico, contudo, a fase dos internatos é o momento pelo qual todos esperavam.

5. OS INTERNATOS

O Internato é um período ao final do curso médico dedicado à formação prática em serviços de saúde, livre de disciplinas concomitantes, em que o aluno realiza um rodízio em diversas áreas de assistência médica, sob supervisão docente. Esta modalidade de ensino foi regulada e tornado obrigatória nos currículos médicos brasileiros no ano de 1969²⁵, até então, poucas escolas médicas ofereciam esta formação, sendo mais habitual encontrar-se a vinculação de um aluno a uma cátedra e nela desenvolver as atividades práticas, gerando um processo de especialização precoce, posto que não houvesse um momento destinado à formação ampla em todas as clínicas (Chaves & Grosseman, 2007; ABEM, 1982).

A introdução de um período anual dedicado em exclusividade à formação na prática junto ao hospital na Faculdade de Medicina é da década de 1950, e podemos observar no Programa para o ano de 1958 (ANEXO II) o registro de destinação do 6º ano para que os alunos se dedicassem ao treinamento em serviço no ambiente hospitalar. Até então, a formação se dava junto às cadeiras específicas, na forma de prática e estágio supervisionado destas cadeiras. No ano de 1968, a Congregação da FMUSP²⁶ aprecia e aprova um pedido dos alunos de conversão do quinto ano também na modalidade de internato, tal qual o sexto já o era, e a partir de então, o Curso Tradicional de Medicina fica com sua matriz organizada em dois anos de curso básico, dois anos de curso clínico, e dois anos de internato realizado no Hospital das Clínicas, com os alunos divididos em grupos para rodiziar pelas diversas clínicas que o Hospital abrigava.

²⁵ Resolução nº 8, de 8 de outubro de 1969, do Conselho Federal de Educação.

²⁶ Ata da Congregação da FMUSP de 06 de dezembro de 1968, p. 284.

O Curso Experimental de Medicina já é proposto com os dois últimos anos do Curso na modalidade de Internato, em coerência com sua ideia de formação na prática. No quinto ano do Curso - e primeiro do Internato - o aluno faria rodízio obrigatório por diversos campos de atuação médica, considerando a tônica formadora do Curso de generalidade e atendimento comunitário. Assim, o aluno passaria - dividido em pequenos grupos supervisionados - em Obstetrícia e Pediatria Neonatal (em conjunto); Clínica Médica; Moléstias Infecciosas; Dermatologia; Pediatria; Neurologia e Psiquiatria. Ao lado destas clínicas, uma carga horária expressiva era destinada à Cirurgia, sendo este o maior período de internato de forma a compensar a baixa carga horária dedicada à modalidade ao longo dos quatro anos anteriores.

No sexto ano do Curso - o segundo ano de Internato - o aluno era chamado a escolher uma área de dedicação. Eram ofertadas três possibilidades: o internato de nível institucional, que seria realizado junto a um departamento da Universidade de São Paulo, e focava no aprimoramento acadêmico e estímulo à pesquisa; o nível clínico, que previa a dedicação do aluno a uma área clínica, com dois níveis, um geral e um especial subsequentes; e o nível cirúrgico, em que o aluno faria o treinamento em cirurgia geral.

Originalmente proposto para ser cumprido no sistema de um Hospital Universitário, ao não se entregar este Hospital em tempo, os internatos tiveram de ser realocados e a área da Obstetrícia e Pediatria Neonatal foi realizada no Hospital Municipal do Tatuapé e todas as restantes foram distribuídas pelo Hospital das Clínicas (Marcondes, 1975), o que cobrou do programa adequações que afastaram o Curso Experimental de Medicina de seus objetivos primários.

O Hospital das Clínicas é uma superestrutura de atendimento médico que se compromete com o atendimento terciário de especialidades, que não tem um ambulatório geral muito extenso, mas tem as clínicas específicas, assim, o princípio da integralidade dos conhecimentos que se vinha construindo ao longo dos quatro anos anteriores deixa de existir, pois, esta superestrutura não poderia modificar toda a sua sistematização de atendimento para receber 75 alunos a mais.

Para além da obrigatória necessidade de adaptação à estrutura do Hospital das Clínicas, há um movimento crescente na Faculdade de Medicina no sentido de resolver a situação de existência dos dois cursos concomitantemente. Uma das ações é tomada antes mesmo de se encerrar a primeira turma do Experimental, fundindo-se o

sexto ano dos dois cursos em um programa de Internato único, visando “*evitar um clima de antagonismo caso haja formatura de duas turmas pertencentes a uma mesma escola*”²⁷, o que poderia ser feito pois, no ano anterior, se havia proposto e aprovado que o internato do Curso Tradicional de Medicina fosse reformulado para contemplar o quinto ano rotativo e o sexto ano eletivo²⁸, assemelhando ao modelo do Experimental:

O sexto ano para 1973 será igual tanto para o CEM quanto para o CTM, para irmos aos poucos unificando os cursos de tal modo que, dentro de algum tempo, conseguiremos um curso único: 6º ano - A - área Clínica - Departamento de: Clínica (Clínica médica e Pediatria); Neuropsiquiatria; Medicina Tropical e Dermatologia; Medicina Preventiva (opcional); Patologia (em colaboração); Radiologia e Radioterapia (em colaboração); Oftalmo-Otorrino. B - área Cirúrgica - Departamento de Cirurgia, Obstetrícia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia; Patologia (em colaboração) Radiologia e Radioterapia (em colaboração). C - área Básica - Departamentos de: Patologia e dos ICB e IQ²⁹.

Pontua-se, antes de graduar a primeira turma, o final do Curso Experimental de Medicina. Em 1974 a Congregação propõe que se una, tal o sexto ano, o internato do quinto ano dos dois cursos. Entretanto, neste momento não se aprova tal ação, pois a carga horária do quinto ano do Curso Experimental de Medicina é incompativelmente maior³⁰. Para tal fusão se concretizar, foram necessários ajustes, de tal sorte que no ano seguinte, o primeiro semestre do quinto ano os cursos estão separados, mas a partir do segundo semestre do quinto ano estariam juntos³¹.

O relato dos antigos alunos dá conta de que para as duas primeiras turmas (que realizaram seus internatos entre 1972 e 1974) os grupos de internato foram organizados apenas com alunos do Curso Experimental de Medicina, ainda que o programa pudesse ser assemelhado -e os alunos do Curso Tradicional de Medicina não frequentassem o Hospital Municipal do Tatuapé - os grupos para rodízio no quinto ano eram compostos por alunos oriundos apenas do Curso Experimental de Medicina. A partir da terceira turma, os programas são idênticos e os grupos para rodízio são mistos, ainda que pudessem existir grupos montados apenas com alunos do Curso Experimental de Medicina, a possibilidade de mesclar os grupos era real e de fato havia grupos mistos.

²⁷ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 30 de junho de 1972, p. 282-285v.

²⁸ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 17 de dezembro de 1971, p. 237v-239.

²⁹ Ata da Congregação da FMUSP de 27 de outubro de 1972, p. 50.

³⁰ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 30 de agosto de 1974, p. 221-222.

³¹ Cf. Ata da Congregação da FMUSP de 28 de novembro de 1975, p. 116-118v.

Sistematizando a dinâmica de aproximação dos internatos, tínhamos um quadro como o que segue:

Quadro XVI - Processo de Fusão dos Internatos CEM/CTM								
Turma	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980
I	Isolado	Unificado Isolado						
II		Isolado	Unificado Isolado					
III			Isolado	Unificado Misto				
			Unificado Misto					
IV a VIII			Unificado Misto	Unificado Misto	Unificado Misto	Unificado Misto	Unificado Misto	Unificado Misto

É o que nos indica o aluno da terceira turma do Curso Experimental de Medicina:

A3.1: o internato, que é quinto e sexto ano, tudo misturado. Aí não tinha mais só experimental. Aí já era nos moldes tradicionais. Porque o internato, como é até hoje, é aprendizado em trabalho. Então é isso aqui. Essa entrada no hospital é importante ainda, já era naquele tempo, e a gente ficava durante parte do tempo no hospital, Aí não houve! O experimental NÃO CHEGOU no internato era o que a gente falava. A gente rodava nas clínicas nos moldes habituais, evoluindo, prescrevendo, participando de atividades didáticas, como é até hoje.

Conforme o depoimento do antigo aluno (A3.1), o Experimental não chegou no internato. Ou seja, o Curso Experimental existia enquanto tal apenas nos quatro anos de formação partilhada entre disciplinas e conjuntos de disciplinas. Ao se chegar no momento de inserção do aluno junto ao serviço de saúde de maneira sistematizada e exclusiva, os alunos são deslocados para a antiga realidade de internato do Curso Tradicional de Medicina, pois tem de se submeter ao Hospital das Clínicas, campo de estágio possível uma vez que a Instituição não cumpre o seu papel, de fornecer infraestrutura necessária para que o Curso fosse finalizado tal qual seu planejamento.

P: vocês se sentiam preteridos no HC?

A1.1: não! No HC não! No HC não tinha esse problema! Primeiro porque o HC é muito grande. Então é muito grande pra você se incomodar com o outro! Na época lá a gente ia, usava, corria junto, fazia todas as coisas que tinha que fazer, tive vários colegas de ir lá e nós ficamos juntos e durante muito tempo, então isso não tem problema nenhum!

P: os grupos era separados?

A1.1: os grupos eram separados, mas eles interagiam porque ficavam juntos no mesmo lugar, apesar de ter uma supervisão separada (+) mas faziam as mesmas coisas, as mesmas enfermarias, as mesmas visitas, a gente fazia as visitas médicas todos juntos, não tinha separação nenhuma. É que cada um tinha uma responsabilidade com algum doente diferente do outro, isso não tinha, isso era bem separado e o pessoal que nos supervisionava era um pessoal diferente do deles.

P: vocês sentiam discrepância entre o que vocês tinham visto nos outros quatro anos e a prática no HC?

A1.1: pelo que eu me lembro não, acho que isso não. Eu pelo menos eu não vi nenhuma.

O antigo aluno da primeira turma pontua a situação do Curso Experimental de Medicina no Hospital das Clínicas. Não havia modificação para o recebimento deles, eles ficavam nas mesmas enfermarias, passavam as mesmas visitas, faziam tudo juntos com os alunos do Curso Tradicional de Medicina, o único diferencial era um supervisor específico para cada turma. E também não há choque de formação. A formação dos quatro primeiros anos que o Experimental estimulou, não facilitou nem dificultou a atuação enquanto internos:

P: como foi sair dessa estrutura diferenciada do Experimental e começar o internato no HC?

A1.3: ((risos)) não foi ruim não! Pelo contrário, até foi bom, porque o internato já era nesse esquema. Internato não tem aula nenhuma. A única coisa que sempre existiu no internato foi sempre sentar do lado do paciente (+) examinar o paciente (+) ir pra uma sala juntar um grupinho e “vamos discutir o caso desse”. Então a gente veio e já funcionava assim desde sempre, e funcionou sempre. Então, não foi nada que a gente não estava acostumado a fazer. Foi um passo pra nós muito fácil. (+) e o internato no HC tem uma coisa (+) aquilo lá a gente aprende medicina, a gente fala, por osmose. Simplesmente por estar perto, não tem como não aprender. Você tem centenas de casos, uma variedade de (+) de patologias /.../ Então você ia pro pronto socorro, ficava olhando tal luzinha, o que o outro estava fazendo. Tinha um caso esquisito na clínica médica, a gente atravessava o corredor e ia ver o caso esquisito, então AÍ SE APRENDE. Não tem jeito. Eu acho que onde se aprende medicina é nesse momento. CLARO que você vem com uma base pronta.

Estar no Hospital das Clínicas era ter a possibilidade de acompanhar uma diversidade de casos imensa, não apenas em quantidade, mas em sintomatologia, terapêutica, prognóstico, complexidade, raridade. A dimensão física do Hospital das Clínicas não permitia que houvesse atritos entre as diferentes filosofias formadoras, mas, ao que indica o depoimento dos antigos alunos, estas filosofias não estavam em questionamento no momento do internato, o que mandava era a possibilidade de aproveitar para aprender.

P: os grupos que iam para o internato eram grupos mistos?

A4.2: já eram mistos. Eram mistos. Tanto que (+) dos colegas que ficaram, muitas vezes eu tenho dificuldade de saber quem era do tradicional, outros que se formaram comigo eu não sei dizer se são do experimental ou do tradicional. Isso foi diluindo.

P: a atuação de vocês era diferenciada de forma que permitisse distinguir de qual curso veio?

A4.2: Eu acho que (+) a GRANDE influência no curso de medicina na época, acho que ainda é (+) é o internato. Quinto e sexto ano. Aliás como qualquer curso, nos últimos anos são os mais marcantes, são os que existe a influência maior na formação, e medicina é a formação clínica que se dá no quinto e sexto ano. A formação básica fica pra trás. Mas qualquer pessoa que entre no

curso de medicina (+) a fase (+) áurea do curso é (+) o aprendizado clínico, porque 98% eles vão pra especialidades médicas. Portanto, as pessoas que tão lá ambicionam a esse ensino clínico. Quinto e sexto ano já foi um tempo de fusão. É por isso que (+) é difícil realmente, já pra nossa turma (+) separar (+) o que era experimental o que era tradicional, já que nos dois últimos anos, nos mais importantes, onde existe uma (+) uma vivência maior dentro do curso de medicina, já foram fundidos.

A fase de Internato, fase considerada essencial no curso médico, não apenas por este antigo aluno, mas por todos que foram entrevistados, não chega no Curso Experimental de Medicina. O Curso traz sua proposta de formação diferenciada, voltada para a integração, para a compreensão do ser humano como um indivíduo e não uma patologia, para uma medicina geral, para o atendimento clínico-comunitário, todavia, na etapa formadora principal, reconhecida e aguardada pelos protagonistas dela como o ápice, os alunos são imersos na realidade da clínica especializada do Hospital das Clínicas e são aglutinados junto ao programa e aos alunos do Curso Tradicional de Medicina, encerrando a experiência.

A3.3: Só que no final das contas acabou (+) a ideia inicial de formar médicos para terminar a faculdade (+) e sair (+) pra ser médico (+) generalista, pra posto, se perdeu! Todo mundo foi pro HC e fez especialidade. Quando foi no quinto, sexto ano, todo mundo foi e acabou fazendo as especialidades. Você tem um hospital desse porte, né, você era daqui, era da USP, então você tinha possibilidade de fazer isso. Agora, a maior parte das pessoas acabou fazendo isso mesmo.

P: porque você acha que as pessoas escolheram fazer as especialidades?

A3.3: acho que por conta de que você já naquela época tinha essa necessidade. De você ter uma especialização. Era cobrado. De você como médico, terminando a faculdade, você é cobrado a fazer residência e especialização (+) não passava pela cabeça da gente terminando o sexto ano (+) sair por aí sem uma residência, sem uma especialização. E trabalhar aonde? Como? E o mercado, como é que tá? Entendeu! Nessa época não passava pela cabeça da gente de jeito nenhum você ia querer mesmo fazer especialização. Não tem o peso da instituição /.../ você sair aqui do HC (+) sem uma especialidade era meio difícil, não ia conseguir, era fora da realidade da gente. Então você fazia residência, continuava, se quisesse fazer o mestrado, doutorado, você tem a chance. Se quisesse fazia.

A intenção do médico geral, capaz de atuar de imediato ao encerramento de sua graduação junto às comunidades, nos problemas mais incidentes da população não se finaliza. Os alunos do Curso Experimental de Medicina são alunos como outros alunos de medicina e devem responder a demandas primordiais de um mercado de trabalho que não foi modificado e pede especialistas, de uma sociedade que se preocupa com sua saúde, mas espera ser atendida pelo especialista. E como nos indica o antigo aluno A3.3, ter uma superestrutura como a do Hospital das Clínicas e da Faculdade de

Medicina e não aproveitar para fazer uma residência, um mestrado, um doutorado, estava fora da realidade funcional dos egressos dos cursos médicos.

Entre os participantes que responderam ao Formulário on-line, nenhum se declarou exclusivamente Clínico Geral, todos que o fizeram associaram a mais uma especialidade. E há similaridade entre as escolhas dos alunos do Curso Experimental de Medicina e do Curso Tradicional de Medicina:

Observa-se na representação gráfica que, proporcionalmente, as escolhas em clínica, em cirurgia e em ciências básicas são próximas - considerando exclusivamente os valores e não a representatividade estatística – o que nos leva a pensar em uma similaridade de escolhas. Esta similaridade é também a percepção dos entrevistados:

A4.3: as escolhas, as tendências, foram rigorosamente as mesmas do tradicional. Por quê? Porque você quando você vai conhecer a vida (+) do hospital (+) quinto ano, sexto ano que é a coisa mais intensa, que a gente fala que “põe a mão na massa”, porque você vai atender, vai pra cirurgia, você vai fazer tudo aquilo (+) não tem como a gente não se encantar com aquelas coisas e tal. Então você vai escolher o quê? Aquilo que mais te agradou! Aonde você mais vivenciou coisas boas. (+) E isso independeu daquilo que nós vimos. Pelo menos pra mim, eu acredito pra minha turma, tanto que você vai ver as especialidades são todas mais ou menos constantes em relação ao tradicional. Todo mundo teve a mesma coisa. (+) plantonista é uma coisa engraçada, porque “ah, vou fazer moléstias infecciosas que eu passei lá e adorei!”, depois “ah, vou ser ortopedista que passei lá!” então (+) e isso não significa nada porque só depois que você passa por tudo é que vai ter uma ideia do que você gostaria de cair.

Não podemos prescindir da dimensão aculturadora e formadora de identidades que o currículo tem, e, observando os números, os alunos do Curso Experimental de Medicina se aproximam dos alunos do Curso Tradicional de Medicina em suas escolhas posteriores. Não se trata de dizer que um curso se sobrepõe a outro, que um curso teria maior força aculturadora que outro, ou qualquer juízo de valor que se possa estabelecer. Trata-se de constatar que os trajetos posteriores se aproximam e de

colocar em questão o valor que o internato tem na formação médica na construção efetiva e eficiente do fazer médico junto aos alunos, e pelos elementos aqui levantados, o internato tem papel fulcral, sobrepondo-se como gerador das escolhas ao restante do Curso. Qualquer outra colocação seria irrefletida e desgarrada da possibilidade imediata desta pesquisa.

V. AVALIAÇÃO E APAGAMENTO DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA

Velho, não.
Entardecido, talvez.
Antigo, sim.

Mia Couto

O Curso Experimental de Medicina tinha como pedra de toque uma organização curricular diferenciada da praticada pela Faculdade de Medicina em busca de conseguir uma formação generalista, integrada e sensibilizadora do aluno para as questões sociais, comunitárias.

Nesta perspectiva, contava com um ciclo básico fundamentado em disciplinas gerais, voltada a equalizar o conhecimento do ingressante e aculturá-lo ao Curso, assim como promover uma base de articulação onde os conhecimentos específicos da área médica pudessem se assentar. Destaque deve ser feito para a introdução de Matemática e Ciências Sociais neste momento inicial, que mesmo sendo sinalizadas como de fraco impacto na formação, são consideradas como diferenciais; e para Bioquímica, disciplina considerada modelar do Curso em diversos sentidos: metodológico, relacional, aculturador.

Na sequência do ciclo básico, os conteúdos constituíam o que foi designado como “Blocos”, onde sua presença era determinada pela proximidade com o sistema corporal e não com a fronteira disciplinar, levando a um reordenamento nas disciplinas e ao questionamento dos territórios disciplinares. Desta organização blocada, o aluno seguia para o ciclo clínico, quando eram chamados à prática clínica concomitante à formação teórica, aproximando-os à prática profissional, com ênfase na Clínica Médica, Medicina Preventiva, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria e Psiquiatria.

Há, todavia, que se sinalizar para a não disponibilização dos espaços necessários para a realização do Curso, como o Hospital Universitário, que, quando finalizado, o Experimental já não mais estava em oferecimento. Esta indisponibilidade impactou no ciclo seguinte, o dos Internatos quando o Curso viu-se obrigado à

reprogramação para ser inserido no Hospital das Clínicas, submetendo-se à lógica formadora criticada pelo Experimental.

A organização proposta para o Curso Experimental de Medicina sofre com a disponibilidade de espaços e de professores, e vai se hibridizando com a estrutura possível, oferecida pela Faculdade de Medicina para o Curso Tradicional de Medicina, buscando, nos limites, a manutenção da filosofia experimental, filosofia esta que incluía chamar os alunos à corresponsabilidade, à construção conjunta de seu curso de formação, estimular o espírito crítico destes e o reposicionamento dos docentes diante de suas funções, assim como se constituir em um espaço de experimentação para novas metodologias e relações que poderiam ser usadas como base para a melhoria do curso médico da Faculdade de Medicina. Com estas prerrogativas, o processo de análise e reflexão das ações torna-se parte do percurso, discussão que inserimos neste capítulo.

1. AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

O desenvolvimento da análise crítica do processo formativo era parte da proposta do Curso Experimental de Medicina, e os alunos eram chamados a discutir, na presença dos professores, as matérias em um momento de avaliação do Curso. Esses momentos, chamados Fórum de Debate, e não seguiam intervalos regulares mas aconteceram em todas as turmas ao encerramento de um período regulamentar, como um bloco ou um semestre ou um ano.

A3.1: TODO fim de curso tinha fórum e era assim, de um modo geral pelo menos na minha classe, a participação era grande! A gente queria ir, meter o pau, falar (+) era grande a participação!

P: e vocês participavam do de vocês e do das outras turmas?

A3.1: não, a gente participava do nosso. Teve um grande, uma grande avaliação lá, teve fórum de debates DO CURSO, mas isso foi pontual. Aí tinha contato porque era DO CURSO, o resto não, era da nossa classe.

P: qual era a periodicidade?

A3.1: era sempre ao fim das disciplinas, como as disciplinas eram 6, 7, 8 semanas um conjunto. Ao final de um conjunto era essa a periodicidade.

P: quem coordenava, geralmente?

A3.1: grande parte das vezes era O PRÓPRIO professor Eduardo Marcondes. O PRÓPRIO. Mas tinha outros coordenadores, então por exemplo, na clínica era o coordenador da clínica. Cada um era o coordenador daquele bloco, de um modo geral, mas a presença do professor Eduardo era muito frequente também.

PBQ.2: o poder decisório não estava ali no fórum. O poder decisório estava na comissão que gerenciava o curso ((a CODCEM)). Os fóruns supostamente trariam subsídios pra efetuar as modificações. Mas não tinha NENHUM poder de decisão nos fóruns. Era uma assembléia de discussão não de tomada de decisão.

Os Fóruns tinham, então, regularidade, mas não necessariamente predeterminação - pois aconteciam ao encerramento de um período e não em uma data significativa pré-existente - e reuniam os alunos e professores que se encontraram nesse período para discutir as matérias, os conteúdos, os métodos, as relações, com participação intensa dos alunos que iam para “meter o pau”, ou seja, falar o que acreditavam ser o mais correto, o melhor para eles, de maneira livre, sem sentirem que estariam correndo riscos de cerceamento de sua liberdade ou sofreriam punições acadêmicas ou administrativas acerca de suas falas.

Ainda que os Fóruns fossem locais de discussão e sem poder deliberativo, eles poderiam influenciar a CODCEM a tomar decisões e encetar mudanças no Curso, e ainda influenciar os professores a propor modificações em suas próprias práticas e conteúdos.

P: Como eram esses fóruns?

PMP.1: olha, bem informal, eles falavam, falavam, depois o professor relutava (+) concordava ou discordava e levava a mudanças no ano seguinte, levava a sério /.../

P: e essas mudanças aconteciam só nas turmas seguintes, ou já iam acontecendo?

PMP.1: já iam acontecendo e alguma coisa se recuperava. Com uma turma que já passou, acho que foi genética não tenho certeza, eles não gostaram do curso, no primeiro ou no segundo ano, aí no terceiro teve uma sobrecarga (+) SEGUNDA DOSE de genética.

P: como eram os fóruns de debate?

PMP.2: você agora tá me lembrando uma coisa que eu tinha esquecido que realmente acontecia, que eram os fóruns de debate. Existia, e nós participávamos também, que era uma coisa bastante interessante e que permitia um diálogo constante entre os alunos, os professores, no sentido inclusive de você (+) analisar (+) não era bem uma avaliação tal como o termo propõe /.../ existia sim esse processo (+) em ciclos (+) no qual se analisava, se ouvia os alunos, inclusive, eventualmente até, pra promover (+) alterações.

Entendido pelos professores entrevistados mais como um momento de diálogo do que como um momento de decisão ou mudanças - ideia compartilhada pelos alunos entrevistado - os Fóruns permitiam a livre fala dos alunos e a manifestação de suas percepções acerca do período em análise. Os alunos falavam e os professores ouviam, mas não ouviam passivamente, era necessário agir sobre os questionamentos

dos alunos, levando a modificações que seriam implementadas no ano seguinte, para outra turma da disciplina questionada, e em alguns casos poderia levar a mudanças para a turma querelante através de reforços ou retomadas de aspectos possíveis, contudo os alunos não são unânimes quanto a essa possibilidade.

P: você se lembra dos fóruns de avaliação?

A1.1: fóruns? É começou com a gente!

P: eles aconteciam em que época?

A1.1: eles aconteciam sempre no final dum período de um ano. Cada final de ano a gente tinha.

P: e aí avaliava o ano todo?

A1.1: avaliava o ano todo (+)

P: quem participava desses fóruns?

A1.1: participávamos nós e os professores daquele período, era essa a ideia. Eles ouvirem críticas nossa, discutirem, etc. Isso éramos nós e os professores do período.

P: e vocês sentiam que tinha mudança? Esses fóruns refletiam no curso?

A1.1: (+) olha (+) não sei te responder isso! (+) Boa parte do que você discute nesses fóruns, você discute coisas que já aconteceram, então se alguma mudança foi feita, foi feita pra turma que veio depois de nós. Então não dá pra eu saber o que é que era. Não era só os professores que participavam da disciplina, mas também os coordenadores gerais do curso experimental, é esses coordenadores gerais eles participavam também, e eles poderiam entender coisas que eles procuravam prever com “essa turma é uma turma assim, então vamos tentar lidar com ela de uma forma”, mas aí é difícil de responder também porque isso eu não sei, a forma de fazer a coisa. Dentro do dia-dia, aula, atividades normais nossa, eu diria que a gente foi tocando como num *continuum*, não percebia uma mudança “não, a partir de agora vamos mudar drasticamente” não, quer dizer, a gente seguia a programação conforme o que tinha sido previamente estipulado.

P: e questões que vocês acharam que ficaram falhas eram retomadas?

A1.3: AH, SIM! Então, a gente fez um curso que, por exemplo, não gostou disso, não gostou daquilo (+) já não tinha que voltar a fazer curso, mas o próximo curso da turma seguinte já ia ser modificado em função dessas sugestões. Ou no próximo curso nosso de outra matéria também podia incorporar essa sugestão.

A2.1: essas reuniões que a gente fazia eram à noite (+) as vezes eram focos assim acalorados de debates (+) a gente defendia que tinha que fazer umas mudanças, que daquele jeito ia ser melhor, porque aquelas matérias que a gente passava iam ser dadas pro curso seguinte, (+) então a gente fazia avaliação pra que os outros (+) pudessem (+) se beneficiar daquela experiência que a gente havia tido.

P: e essa auto avaliação chegava a refletir no bloco seguinte ou só para o bloco que estava sendo discutido

A2.1: (++) eu acho que se passava de uma turma pra outra, (+) já se passaram tantos anos que eu não poderia dizer isso com certeza. Talvez outro colega tenha a memória melhor que a minha ((risos)).

Enquanto A2.1 não se recorda ao certo o que era feito com as discussões ocorridas nos Fóruns, para A1.3, as modificações poderiam ocorrer, porém não havia como voltar a fazer a mesma matéria novamente, ou seja, uma vez o conteúdo passado não seria adequado submeter os alunos ao conteúdo novamente, porém, estas

problematizações poderiam ser aproveitadas, seja para as turmas subsequentes, seja para a mesma turma, mas em um novo conteúdo, uma nova disciplina. Contudo, ele não indica que ocorreu isso de fato, não sinaliza alguma disciplina que tenha aproveitado as discussões para alterações na sua execução para a própria turma, mas indica que houveram modificações de disciplinas questionadas para as turmas seguintes. Já a percepção do aluno A1.1 indica que modificações até podem ter sido introduzidas, porém não foram percebidas pelos alunos, pois a estes o que ocorria era que o Curso corria conforme o planejado, com os necessários ajustes por se tratar de um curso novo, mas não haviam momentos em que se pontuava que determinada situação teria sido modificada para atender à demanda dos alunos que teriam problematizado.

Vale ainda o comentário sobre o que a CODCEM faria com estas informações dos Fóruns de Debate. Proporcionando aos coordenadores uma visão mais ampla do público, da dinâmica de ação-percepção dos alunos de determinada turma, a coordenação poderia promover modificações de maneira a tentar sanar, antecipadamente, uma polêmica que poderia existir pontualmente em determinada turma. Esta dimensão que o aluno da primeira turma do Curso Experimental de Medicina dá ao Fórum é única, não há recuperação deste objetivo para os Fóruns em nenhum dos outros entrevistados, ao que podemos supor não ser um objetivo amplamente propagado como era o fato de avaliar o Curso como diferencial que todos indicam. Além disso, é de supor que esta é uma análise construída no correr dos anos de prática profissional, em especial neste entrevistado que descreve carreira acadêmica e conta com participação contínua em processos de avaliação de cursos de graduação e pós-graduação.

A dimensão da novidade, da inovação é mais clara no discurso dos alunos entrevistados, que chegam a considerar o Curso Experimental de Medicina como precursor da implementação do processo de avaliação do curso pelos alunos na Faculdade de Medicina.

A1.3: Agora que nós fizemos coisas que realmente modificaram aquela Faculdade, começou com a gente! Pra você ter uma ideia (+) o pessoal fazia os 6 anos de Faculdade ninguém julgava um professor. Não se dizia “sua aula é ruim” ou que “o curso precisa mudar”. Nós inventamos um negócio que a gente chamava de fórum de debates. Todo fim de curso a gente juntava todo mundo, a gente botava a boca no trombone e colocava o professor lá na frente “olha, isso aqui tem que mudar, aqui não tá bom”. E os professores encaravam! (+) não tinha isso! Você falar que o professor deu uma aula ruim,

que a gente não quer aula teórica porque a aula é ruim, ninguém se atrevia a falar isso pra um professor e a gente falava! /.../

P: e isso resultou?

A1.3: isso resultou! Porque foi uma das coisas que a gente fez periodicamente, as outras turmas depois da gente, periodicamente, e isso até hoje existe. Os alunos tem o DIREITO e, mais que o direito, o DEVER de julgar o professor. Que era uma coisa impensável, um professor catedrático. Então a gente fez isso. Pedia modificação e tinha força pra conseguir modificações. Tinha liberdade pra isso.

A2.1: ao fim de cada bloco (+) se fazia um fórum de debates. Isso era uma novidade incrível naquela época da ditadura militar (+) então (+) imagina aluno dando palpite no curso que ia ser feito né /.../ Então acho que a grande diferença do curso Experimental na época eram os fóruns de debates, hoje os fóruns de debate tem pra todo (+) pessoal da faculdade /.../.

P: ao final dos blocos tinham encontros pra discutir esses blocos?

A4.1: tinham! Tinha fóruns.

P: você se lembra qual era a tônica desses momentos?

A4.1: era muito nesse sentido de procurar melhorar, levantar os pontos positivos e negativos e procurar melhorar pras turmas seguintes. E de fato melhorava isso era uma coisa muito bacana.

P: e isso refletia na turma de vocês também?

A4.1: menos né. Eu acho que era menos porque você acabava fazendo depois que já passou (+) e (+) isso eu acho que era uma diferença muito grande em relação experimental e tradicional. Era uma característica mesmo do experimental. Porque eu acho que eles não tinham absolutamente nenhuma (+) possibilidade de opinar, fazer (+) isso eu acho que era uma característica muito interessante.

Apenas um dos professores entrevistados relata a realização dos Fóruns de Debate sem ser questionado, todos os outros, apesar de considerarem a atividade um diferencial do Curso Experimental de Medicina, apenas se recordam dela quando foi-lhes questionado diretamente. Situação que se repete com os alunos entrevistados: apenas um inicia o relato dos Fóruns sem ser questionado. Outra questão que chama a atenção é que apenas um dos professores indica a continuidade desta atividade, refletindo em alterações sinalizáveis por eles após decorrerem tantos anos da experiência. Entre os alunos que reconhecem que as mudanças ocorreram, não são sinalizadas em que aspectos ou quais atividades foram realizadas para que as discussões dos Fóruns fossem implementadas em um *continuum* de avaliação-ação. Tanto alunos quanto professores sofrem com o esquecimento da atividade que é considerada diferencial. Alguns não conseguem recordar mesmo quando questionados:

P: eu gostaria que você falasse um pouquinho sobre os fóruns. Que aconteciam ao final dos blocos ou do ano.

A3.5: nossa, eu não lembro (+) quer dizer eu lembro mas não estou conseguindo (+) não vou conseguir falar pra você, porque agora que surgiu isso.

P: a sua turma chegou a ter os fóruns?

A8.1: (+) ah, devia ter mas (+) fórum que você quer dizer de avaliar o curso?

P: isso.

A8.1: certamente tinha mas eu não lembro de nada (++) assim se você quer que eu me lembro de alguma avaliação, isso eu não lembro.

Uma das hipóteses mais imediata é que a atividade, apesar de ter sido significativa à época de realização - por ser considerada diferente, inovadora, distintiva entre Curso Experimental de Medicina e Curso Tradicional de Medicina - não é uma atividade que merece uma fixação mais sólida na memória dos entrevistados pois não é uma atividade que, a longo prazo, se mostrou como formadora, tal qual a organização em Blocos. Os Blocos são parte do processo de formação do pensamento clínico e estariam diretamente relacionados à prática cotidiana destes profissionais, ao contrário das discussões dos Fóruns que, apesar de representarem relevante interesse, pois visavam a melhoria desta formação, não passam à fixação na memória pois são absorvidas e ressignificadas pela prática profissional.

A incapacidade de descrever os momentos em que esta atividade se refletiu no cotidiano da formação médica dos alunos do Curso Experimental de Medicina pode ser entendida neste contexto de reorganização das recordações, pois, ao final, fica na memória o que é mais importante, e o mais importante é a formação prática-profissional que é reforçada constantemente. Há, entretanto, outro aspecto sinalizado por A4.1, que é a recorrência da exposição dos alunos ao processo de discussões e questionamentos críticos, não apenas no momento dos Fóruns, mas como prática das disciplinas.

A4.1: Eu acho que essas coisas MARCAM muito. É muito difícil de você lembrar o que é que trouxe de diferente, mas (+) esses aspectos de você fazer e discutir ficam muito presentes, faz parte de todas as atividades que eu tinha /.../.

P: e era uma constante ((os alunos serem chamados a dar sua opinião))

A4.1: é, era uma constante. E tinha esse espírito. Eu acho que os professores estarem mais abertos a (+) críticas (+) estarem mais próximos dos alunos (+) acho que tinha esse movimento. Que era bem diferente do tradicional. Isso acabava fazendo parte do dia-dia, então a gente percebe mais.

Ao se incorporar no percurso formador o hábito da discussão, da crítica, da construção e manutenção de um meio propício para a discussão, naturaliza-se a ação o que pode levar à fixação da ação e não do momento. O Curso Experimental de Medicina é relatado como um Curso que tinha como pedra de toque a discussão, assim, discutir um conteúdo formador, ou discutir uma prática pedagógica, em um mesmo parâmetro de liberdade de fala e de aproximação interpessoal pode ser categorizado no rol das memórias como semelhante, o que levaria a não indicação espontânea dos Fóruns. Há

que se notar também que o período político do país marcava o cotidiano da Faculdade de Medicina com uma sucessão de atividades coletivas contestatórias, como assembleias e greves estudantis, onde se discutiam ações e informações de relevância para a manutenção dos direitos civis e dos estudantes. Isso pode ter suplantado a memória da construção do pensamento crítico que os Fóruns propunham, pois estas assembleias também cumpriam esse papel, ainda que com temática distinta. O aluno entrevistado A1.3, que recorda espontaneamente dos Fóruns, o faz num contexto de sinalização da influência e interferência que o Curso Experimental de Medicina causou no cotidiano da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, indicando que antes do Curso existir ninguém questionava as aulas dadas e à partir do Experimental isto torna-se hábito. Ou seja, o Fórum é um dos exemplos que o entrevistado usa para mostrar como o Curso Experimental de Medicina contaminou e permaneceu na Faculdade, ele não é um momento que seja recordado *per si*, mas dependente de outros momentos, de todo um encadear de recordações que levam à justificação do Curso Experimental de Medicina ter se extinguido, mas ter deixado seus sinais e indícios, marcando indelevelmente a Faculdade de Medicina e o curso médico ofertado.

Os Fóruns são significativos no decorrer do Curso e se embrenham nas memórias dos entrevistados de forma distinta. Habitualmente realizados apenas com a própria turma, há um momento em que todas as turmas do Curso Experimental são chamados para discutir o Curso em conjunto, momento conhecido como Maxi-Fórum.

2. MAXI-FÓRUM

Retomando a fala de A3.1 supracitada:

P: e vocês participavam do ((fórum)) de vocês e do das outras turmas?

A3.1: não, a gente participava do nosso. Teve um grande, uma grande avaliação lá, teve fórum de debates DO CURSO, mas isso foi pontual. Teve. Aí tinha contato porque era DO CURSO, o resto não era da nossa classe.

Há a indicação da existência de um grande Fórum de Debates que reuniu todas as turmas para discutir o Curso e não apenas um bloco ou semestre. Apesar de reunir todas as turmas já existentes do Curso Experimental de Medicina e todos os

professores, este grande evento apenas será verbalizado por outro aluno, A3.4, que participou ativamente do evento à época:

A3.4: nós fizemos um evento chamado Maxi-Fórum. /.../ que foi uma coisa muito interessante. O debate (+) começou de manhã e terminou no fim da tarde. Muito bem estruturado. Uma coisa muito bem organizada. Cada matéria do Curso Experimental, do currículo, ia ser discutida por um grupo de professores e um grupo discente. Faziam aquela discussão em salas específicas, chegavam a uma conclusão final. Depois as conclusões foram para um documento. Então foi uma coisa preparada, MUITO preparada, porque era muito difícil pegar todos os alunos do Experimental, não era só a minha turma, eram todas as turmas /.../ Porque o professor Marcondes queria também (+) AVALIAR o curso Experimental. Na verdade, ele pensava o seguinte: existiam dois cursos na Faculdade, não podia continuar assim, porque se de repente se descobrisse que um curso era muito melhor que o outro, ou um aspecto de um curso era muito melhor que o outro, não podia deixar o outro ruim, porque (+) eticamente ficaria mal. Então como é que ia fazer? Você tinha que ter avaliações! Ele andou estudando avaliações de faculdades de medicina, você via que ele queria fazer essa avaliação pra, de repente, na hora em que os cursos se fundissem, chegar à excelência. Portanto, teria que fazer uma avaliação também do Curso Tradicional, que eu não sei se aconteceu. Eu acho que não.

O Maxi-Fórum foi evento único e terá análise a seguir embasada essencialmente nos documentos do Arquivo Privado, cedidos pelos entrevistados desta pesquisa¹.

A3.4 relata a importância que o evento, o Maxi-Fórum, teve no momento de sua realização, não apenas para avaliar o Curso Experimental de Medicina, mas também para que se pudesse tomar decisões sobre a iminente fusão dos cursos que, apesar de não ser datada pelo aluno, já está em processo neste ano de 1973 com as discussões e fusão do último ano dos dois cursos em um internato único².

De acordo com a programação do Maxi-Fórum³, o evento aconteceu no dia 10 de novembro de 1973 e contou com atividades no período da manhã e da tarde sob a forma de grupos de trabalho (GT) que se responsabilizaram pela discussão de uma porção do Curso, partindo de uma lista de questões norteadoras. Os GTs eram compostos por professores e alunos, e organizados de maneira que cada um tivesse um professor responsável pelo andamento das atividades, com um grupo de professores e alunos previamente designados para elaborar o registro das conclusões a que o GT chegasse. Esse registro é sistematizado pela CODCEM em um documento único onde é

¹ Conjunto de quatro documentos cedidos pelos entrevistados desta pesquisa que se encontravam em posse e guarda destes. As referências completas dos documentos estão listados como Arquivo Privado nas Referências Bibliográficas.

² Ata da Congregação da FMUSP de 30 de junho de 1972, p. 282-285v; de 27 de outubro de 1972, p. 50.

³ CODCEM. Programação do Maxi-Fórum. 1973. Arquivo Privado de Entrevistados.

possível ler como as atividades se processaram e quais as discussões que se efetivaram⁴, documento este donde extraímos os trechos a seguir.

O Grupo que discutiu o Curso Básico

decidiu concentrar os esforços na discussão de 1) ordenação das disciplinas, 2) distribuição das cargas horárias, 3) métodos didáticos⁵.

E acaba por concluir por poucas alterações na seriação das disciplinas e manutenção das cargas horárias. Entretanto, há um posicionamento para que se estabeleça um planejamento didático mais adequado e aprimorado entre as disciplinas que compõem o ciclo, reforçando que não é possível impor uma metodologia única para execução destas. Estando, assim, com seis turmas, o Curso Experimental de Medicina acaba por indicar que o Curso Básico é satisfatório para o que se propõe, são necessários ajustes, mas em linhas gerais esse ciclo corre bem. Já o Grupo que discute a situação dos Blocos não se encontra tão satisfeita com este ciclo.

Reconhecendo que a proposta de organização dos conteúdos em Blocos facilitou o aprendizado, o GT indica que a integração entre os conteúdos foi apenas “razoável”, citando que é preciso ação mais enérgica do coordenador e maior trabalho conjunto dos professores. Respeitando-se as especificidades de cada Bloco, seria necessário otimizar as atividades paralelas que pudessem integrar mais as discussões, propondo que se realizasse uma avaliação “*final conjunta de todas as disciplinas do bloco*”⁶ e a introdução da auto-avaliação. Preconizando a manutenção das aulas teóricas ministradas a pequenos grupos e que tenham a finalidade de

orientação para o estudo de determinado assunto ou síntese de conhecimentos adquiridos (...) o estudo dirigido, associado a seminários deverá ser enfatizado sempre que possível, embora a inequívoca limitação do número de docentes dos Blocos seja um entrave (...) no ensino prático dever-se-iam organizar experiências planejadas e executadas pelos alunos, com a finalidade de auxiliar na formação de seu espírito crítico (...) e demonstrações práticas com ativa participação discente destinadas a ilustrar certos assuntos importantes⁷.

Observa-se que o fundamento da integração vertical nos Blocos tem fraca manifestação, tal não o fosse, não se sugeriria a ação conjunta mais próxima entre os docentes, atividades paralelas e uma avaliação conjunta. Ao compor estas conclusões do

⁴ CODCEM. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. 23p. 10 de novembro de 1973. Arquivo Privado de Entrevistados

⁵ CODCEM. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. p 1. Arquivo Privado de Entrevistados.

⁶ CODCEM. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. p 2. Arquivo Privado de Entrevistados.

⁷ CODCEM. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. p 2-3. Arquivo Privado de Entrevistados.

Maxi-Fórum aos relatos dos entrevistados nesta pesquisa, acabamos por aventar para a realização parcial dos Blocos, onde cada professor ministrava seu conteúdo da maneira que lhe era mais apropriada e o avaliava, isoladamente. Havia situações de articulação dos conteúdos, porém, não era essa a regra. Há relatos de chamada de outros professores para ministrar partes de conteúdos, mas não há relatos de momentos em que havia uma discussão multiprofissional, por exemplo. O que nos aparenta é mais uma reorganização na distribuição dos conteúdos disciplinares do que uma integração de conteúdos.

No Curso Pré-Clínico foram discutidos os dois grandes conjuntos de Medicina Tropical e Medicina Preventiva. Em Medicina Tropical, o conjunto é avaliado como internamente coerente, seus objetivos e métodos são proporcionais e condizem com o necessário para a continuidade do Curso pelos alunos, ainda que os docentes sejam muito heterogêneos e nem sempre se adequem ao Curso. Entretanto, há questionamentos importantes sobre o Curso:

- 1) Grande parte dos alunos e docentes desconhecem os objetivos gerais do Curso Experimental de Medicina;
- 2) Não se estudou devidamente a viabilidade de se formar um profissional segundo os objetivos do Curso Experimental de Medicina, utilizando-se uma estrutura de programas não orientados primordialmente para adestramento técnico;
- 3) Para uma melhor análise da coerência dos objetivos específicos das disciplinas do Bloco de Medicina Tropical há necessidade de uma análise crítica mais profunda e maior explicitação dos objetivos gerais⁸.

O desconhecimento dos objetivos do Curso Experimental de Medicina por parte dos docentes e dos alunos impacta na execução plena do bloco de Tropical, pois não se pode compatibilizar os objetivos do bloco coerentemente, o que nos leva a questionar a presença de ruídos nas comunicações entre a CODCEM e os professores e coordenadores de blocos, mas também a clareza dos objetivos nos membros da CODCEM e as capacidades de apropriação dos professores do bloco destes objetivos, haja visto a heterogeneidade sinalizada como impactante. O antigo aluno concorda que havia pouco conhecimento do projeto do Experimental e seus fundamentos:

A3.2: a verdade, verdade mesmo, é que a gente teve muito pouco esclarecimento DURANTE O CURSO de qual era exatamente o projeto do curso experimental (+) e eu acho que uma das causas disso, uma das razões, foi exatamente o fato de alguns dos principais, ou alguns dos defensores importantes do projeto terem sido (+) defenestrados da Faculdade. Eu acho que isso fez, deve ter feito uma diferença, IMPORTANTE.

⁸ CODCEM. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. p 4. Arquivo Privado de Entrevistados.

Significativa também é a crítica à concepção do projeto, que não teria levado em consideração que estaria propondo uma estrutura de organização do ensino incompatível com a natureza dos conteúdos a serem ensinados, levando-nos a pensar na preponderância das tradições disciplinares se sobrepondo e impondo diante de uma nova forma de organização de seus conteúdos. Indicar que utilizou-se “*uma estrutura de programas não orientados primordialmente para adestramento técnico*” pressupõe que há formas convencionalmente determinadas para o tratamento dos conteúdos técnicos, e estas não foram contempladas na estrutura do Curso Experimental de Medicina, reforçando o desconhecimento não apenas dos objetivos do Curso, mas das concepções fundantes proponentes de rupturas com as estruturas convencionais.

Ainda no Curso Pré-Clínico, o conjunto de Medicina Preventiva traz coerência entre os objetivos do Curso e do conjunto, contudo, há críticas quanto a baixa integração e correlação entre este conjunto e os outros, doravante Medicina Tropical ofertado num mesmo momento, e Medicina Comunitária, ofertado a seguir. Chama a atenção a baixa aceitação e adesão dos alunos a estes conteúdos:

Colocou-se como principal obstáculo à concretização dos objetivos propostos, a baixa aceitação do curso por parte do aluno, variável de turma para turma. Foram lembrados alguns fatores que podem ser responsabilizados por esta aceitação: grau de sucesso de cursos anteriores, conteúdo do programa e expectativa do aluno em função de sua formação técnica (o aluno estaria mais predisposto a se dedicar a disciplinas que favorecessem o seu adestramento estritamente técnico)⁹.

Os alunos do curso médico estariam mais propensos a conteúdos técnicos, voltados à formação estrita do fazer clínico-cirúrgico e menos propensos a discussões mais amplas, sociais, econômicas, filosóficas que poderiam compor os conteúdos de Medicina Preventiva. Vale notar um comentário realizado por Eduardo Marcondes acerca desta fraca aceitação: “*o estrato social do qual procede a quase totalidade dos alunos não garante níveis adequados de motivação*” (Marcondes, 1975, p. 184). Ou seja, há a prerrogativa do social, do comunitário na construção do Curso Experimental de Medicina, contudo, não se pode deixar de considerar que os alunos do Experimental provém do mesmo estrato social que os alunos do Curso Tradicional de Medicina, e que essa origem confronta com os interesses dos alunos. Não estamos fazendo juízo de valor algum, assim como Eduardo Marcondes não o faz, mas é importante sinalizar que o Curso Experimental de Medicina, apesar de construído com uma concepção divergente

⁹ CODCEM. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. p 6. Arquivo Privado de Entrevistados.

do Curso Tradicional de Medicina, também não avança na sensibilização dos alunos para questões de foco mais sócio-preventivista.

A3.2: a gente tinha como uma espécie de horizonte (+) essa questão da formação do chamado médico generalista e do médico que tivesse (+) uma visão digamos de profissão com enfoque comunitário (+). Isto era alimentado de certa forma pelo pessoal da Preventiva, do departamento de Medicina Preventiva, mas como o pessoal do Departamento de Medicina Preventiva dificilmente era, digamos, prestigiado ou respeitado pelos alunos (+) só quem se via mais com formação de esquerda é que se interessava por esse enfoque (+) da chamada medicina comunitária.

Esta dimensão da correlação entre a preocupação com a Medicina Comunitária e um posicionamento político de esquerda, permeia a fala dos antigos alunos do Curso Tradicional de Medicina entrevistados, que o indicam como fator de seleção das especialidades. Recorrendo ao Formulário on-line, veremos que entre os participantes a adesão à Medicina Preventiva e Social enquanto especialidade é baixa, como indica o gráfico adiante, inclusive tendo obtido mais respostas dos alunos do Curso Tradicional de Medicina que do Curso Experimental de Medicina:

Há poucas indicações da especialidade em Medicina Preventiva como escolha profissional, o que acaba, neste recorte, corroborando as conclusões a que chega o Maxi-Fórum, de baixa adesão à área já no período de graduação.

No Curso Clínico, fortemente concentrado em Medicina Clínica e Medicina Comunitária, os Grupos de Trabalho do Maxi-Fórum também levantam questionamentos importantes.

Em Medicina Comunitária chama à atenção a explicitação do desconhecimento dos próprios docentes do conjunto acerca do conceito de Medicina

Comunitária, e não havendo compatibilidade de compreensões é difícil estabelecer um planejamento integrado ao conjunto, gerando uma dissonância entre os diversos docentes e conteúdos componentes. Além deste desencontro conceitual, a diversidade de campos para a atuação prática, representada pelos serviços de atendimento médico espalhados pela cidade que os alunos acompanhavam, dificultava a proximidade, a integração que forçosamente seria mais fácil se estivessem todos em um mesmo espaço físico. Enquanto a Medicina Preventiva não sensibiliza os alunos para sua causa, a Medicina Comunitária não consegue mostrar qual é a sua causa para cooptar alunos. Enquanto conjunto, Medicina Comunitária não sensibiliza, mas nas especialidades isoladas que a compõem (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia e Psiquiatria) há grande adesão, que pode ser constatada retomando o gráfico anterior que demonstra as especialidades escolhidas pelos participantes do Formulário On-line, em que estas áreas de atuação são bastante buscadas e praticadas.

Em relação à Clínica Médica conclui-se que seu ensino é satisfatório ao percorrer quase todo o percurso de formação, sinalizando-se pontos que devem ser adequados ao nível da discussão que se enceta em cada momento:

Considerou-se que esse curso preparou o aluno para o internato em termos de conhecimentos; entretanto, os alunos presentes no Fórum não se sentiram capazes de opinar, com segurança, quanto ao preparo em termos das múltiplas iniciativas que são requeridas de um interno.

Ficou sugerido que nas atividades diárias o docente deve dar mais enfoque à conduta terapêutica, de modo a preparar e motivar os alunos para as “discussões terapêuticas” a serem efetuadas na parte final do curso.

Finalmente, quanto ao quesito referente à possibilidade de exercício da Clínica Médica Geral sem residência, após término do curso (3º, 4º, 5º e 6º anos), as opiniões foram divergentes frente à dificuldade de se definir o que seja médico geral¹⁰.

Chama a atenção dois aspectos desta conclusão a que se chega no Maxi-Fórum: a precedência da preparação para a incorporação dos alunos ao sistema de trabalho do internato; e o desconhecimento do que seria um médico geral.

Buscar preparar o aluno para as discussões terapêuticas que ele enfrentará no internato demonstra uma preocupação com a adequação e continuidade do Curso, visando uma melhor linearidade integrativa entre as diversas etapas formadoras. Contudo, não se pode deixar de aventar para um descompasso entre a etapa de “formação” e a etapa de “aplicação”. Retomando a concepção de integração e formação

¹⁰ CODCEM. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. p 14. Arquivo Privado de Entrevistados.

na prática que o Curso Experimental de Medicina embute em sua criação, seria de se esperar que o aluno chegasse ao internato e encontrasse uma situação de prática conhecida e não tivesse dificuldades com a realização das atividades. Ao mesmo tempo, seria de esperar que houvesse uma seleção metodológica compatível entre as duas etapas, de maneira que não se desse a ruptura do percurso formativo. De qualquer forma, novamente há ruídos, que poderiam, inclusive, ter sido causados pela ausência do Hospital Universitário.

Maior estranheza, entretanto, nos causa a incapacidade de definição das atribuições de um médico geral pelos alunos do GT, de tal sorte, que não são capazes de concluir se poderiam ou não exercer a clínica sem uma segunda etapa formadora, caracterizada na residência médica. Estranheza vem do fato de a formação generalista ser apregoada e defendida como significativa pelos antigos alunos entrevistados, que reconhecem sua formação mais sólida e consistente exatamente nesta seara da clínica médica, contudo, a formação não se traduz em ação.

A1.3: a gente tinha uma base melhor que eles. Aí ((no internato)) a gente aprendia medicina DE TUDO. Eles aprendiam, não quer dizer que é errado ou certo é um foco diferente. Então eles são ultra especialistas desde o início, nós somos gerais e depois vamos especializar.

A5.1: Na Clínica, na Obstetrícia e na (+) na Pediatria, funcionou bem. (+) e isso já foi o suficiente pra eu me tornar um médico melhor.

P: melhor em que sentido?

A5.1: ah! Em todos os sentidos. A gente sabia que a gente sabia mais medicina que os nossos colegas, tinha mais HABILIDADES ao final do curso.

Mesmo que eles tenham estado em cenários diversos que poderiam ser vinculados à atuação de um médico geral, eles não são capazes de pontuar essa atuação, ao que tudo indica, não pela falta de conhecimentos agregados para a função que poderia deixa-los inseguros para assumi-la, mas pelo desconhecimento da posição que a função ocupa no sistema de atendimento médico. Só podemos retomar a discussão do lugar que a Faculdade de Medicina ocupa no cenário médico, como formadora de grandes cirurgiões e especialistas, e o comentário de Eduardo Marcondes quanto ao estrato social de origem dos estudantes, para tentar compreender o afastamento que estes alunos teriam de uma concepção que é considerada pelo próprio Experimental como fundante do fazer médico.

Em Pediatria, foram analisados os dois momentos que a formação se dá: na composição do conjunto de Medicina Comunitária e no internato do 5º ano. A discussão do GT indica que os objetivos foram atingidos em ambos os momentos, contudo, a Medicina Comunitária se viu prejudicada por falta de infraestrutura por contar com um espaço não próprio junto aos Postos de Saúde da rede municipal. Vale notar que a avaliação dos alunos é de capacidade de exercer a prática médica em pediatria ao encerrar o Curso, contando com o internato eletivo em pediatria no sexto ano, sendo o único conteúdo sinalizado como possível de ser executado ao encerrar a graduação sem a necessidade imediata da Residência.

Em relação ao Internato há maior uniformidade de procedimentos e pareceres. De forma geral, os objetivos são atingidos fazendo sugestões de melhorias, como no campo da Neurologia se destine leitos para os alunos acompanharem; a passagem pelas enfermarias gerais não ser necessária em Clínica Médica pois isso já foi feito no quarto ano, e outras sempre mantendo a proposta de aprimoramento do sistema. O que chama de fato a atenção é a insatisfação com a utilização do Hospital das Clínicas para tais atividades e o programa de Clínica Cirúrgica.

O Hospital das Clínicas é um hospital de especialidades, assim, os espaços e rotinas não se voltam para o atendimento primário que os alunos do Curso Experimental de Medicina buscavam acompanhar em algumas áreas, como Moléstias Infecciosas. Apesar do uso de locais na rede pública municipal, os espaços ainda foram considerados insuficientes para formação. Apenas podemos aludir para uma situação diferenciada caso o Hospital Universitário estivesse em funcionamento regulamentar.

Em Clínica Cirúrgica o problema recai na concepção do Curso. Ao designar que a Cirurgia seria concentrada na prática do internato, os alunos apontam para uma grande falha teórico-conceitual, sendo considerados insuficientes:

O aprendizado teórico da Clínica Cirúrgica, pelo reduzido número de seminários, exposições ilustrativas e discussões de casos existentes na enfermaria. Também foi insuficiente o número de visitas didáticas que visassem o ensino dos internos de 5º e 6º anos;
A introdução do interno na prática cirúrgica, devido à pouca disponibilidade de docentes para cumprir tal função.¹¹
Conclui-se pela necessidade imperiosa de informações de clínica cirúrgica preliminares ao internato, visto que o curso de Introdução à Cirurgia ao nível

¹¹ CODCEM. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. p 8. Arquivo Privado de Entrevistados.

do 4º ano não oferece o conhecimento mínimo necessário para as atribuições dos alunos no nível de Internato¹².

A proposta do Curso Experimental de Medicina é de reduzida cirurgia nos primeiros anos do curso, para que esta se concentre como uma prática no internato rotativo. Entretanto, os alunos e professores não se mostraram sensibilizados por esta organização e ressentem-se da baixa proximidade prévia com o campo cirúrgico.

Fazer uma análise de eficiência e efetividade do potencial formador Curso Experimental de Medicina a partir deste relatório do Maxi-Fórum é absolutamente inadequado. Contudo, pontuamos para algumas das concepções do Experimental que, ao que indicam os participantes do Fórum, foram fracamente desenvolvidas.

Os objetivos do Curso não são suficientemente claros para alunos e professores, tampouco a concepção formadora distinta, o que acaba por prejudicar o planejamento das atividades e ações docentes. Uma concepção formadora voltada para uma formação geral sólida, aparentemente não é compreendida pelos alunos, que não conseguem discernir sobre o papel de um médico geral e distinguir a aplicabilidade e funcionalidade de uma medicina comunitária; essa mesma formação geral, mas apoiada nas áreas recorrentes do atendimento médico (Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Clínica Geral e Medicina Preventiva) traz frutos parciais e foi prejudicada pela ausência de espaços próprios para seu desenvolvimento; colhendo também críticas profundas quanto a inabilidade e incapacidade realizadora junto à cirurgia, que apenas se vê contemplada tardiamente no Curso.

A integração das disciplinas também se mostra irregular. Há situações de integração, e não uma normativa integradora que permeie os diversos conteúdos nos Blocos e conjuntos, o que acaba refletindo em microdisciplinas, caracterizadas por um recorte de conteúdo, método e avaliação feito da disciplina, e são estas microdisciplinas que comparecem ao longo do ano letivo. Chama a atenção também a dificuldade de compreensão e aceitação dos pilares da medicina preventiva, que atrai pouco a atenção dos alunos e tem fraca aceitação de seus preceitos, chegando mesmo a se questionar se esta fraca aceitação estaria vinculada a pouca proximidade social que os alunos teriam da prática efetiva de tal campo médico.

¹² CODCEM. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. p 19. Arquivo Privado de Entrevistados.

Todavia, podemos apontar para uma concepção muito cara ao Curso Experimental de Medicina que é reforçada no MaxiFórum: o trabalho em equipes; a possibilidade de discussão e apontamento de soluções; a construção de uma ação e postura questionadora e crítica; elementos que até podem ter causado problemas para o Experimental, mas que corroboram com o papel que se estimula nos alunos e professores.

3. AVALIAÇÃO COMPARATIVA

Para que a Faculdade de Medicina e seus cursos se beneficiassem da experiência do Experimental, seria necessária uma avaliação sistemática deste Curso, chegando mesmo a compararem-se elementos com o Curso Tradicional de Medicina para concluir quais as iniciativas que surtiriam melhor efeito na formação de médicos de qualidade pela Faculdade. Esta era a ideia original dos propositores do Curso:

A3.4: Porque o professor Marcondes queria também (+) AVALIAR o curso Experimental. Na verdade, ele pensava o seguinte: existiam dois cursos na Faculdade, não podia continuar assim, porque se de repente se descobrisse que um curso era muito melhor que o outro, ou um aspecto de um curso era muito melhor que o outro, não podia deixar o outro ruim, porque (+) eticamente ficaria mal. Então como é que ia fazer? Você tinha que ter avaliações! Ele andou estudando avaliações de faculdades de medicina, você via que ele queria fazer essa avaliação pra, de repente, na hora em que os cursos se fundissem, chegar a excelência.

Todavia, tal avaliação comparativa não se realizou. No ano de 1971, por ocasião da iminente ida dos alunos para o Hospital das Clínicas para cumprirem com o ciclo dos internatos, levanta-se a discussão junto à Congregação da Faculdade sobre a necessidade de se avaliar comparativamente os dois cursos. Conclui-se que a proposta é impossível, pois comparar a eficiência dos cursos deveria supor que eles estivessem sendo ministrados em condições semelhantes:

No Curso Experimental de Medicina está havendo maior dedicação dos professores com maior quantidade de aulas e trabalhos, o que não acontece no Curso Tradicional de Medicina. Se houver maior eficiência do Experimental pode ser, portanto, por esse motivo e não por filosofia própria do curso¹³.

¹³ Ata da Congregação da FMUSP de 02 de dezembro de 1971, p. 217v-218.

Não é possível estabelecer categorias para encetar uma avaliação comparativa, já que os dois cursos são oferecidos em condições tão dessemelhantes que não se consegue aproximar ações de maneira suficiente para determinar se, de fato, há aspectos melhores em um e no outro. A conclusão a que chega a Congregação da Faculdade de Medicina é um reconhecimento da diferença que existe entre os dois cursos, explicitando que o Curso Experimental de Medicina conta com maior dedicação dos professores, ao lado de grande quantidade de aulas e atividades aos alunos, o que enviesaria a avaliação, pois o Curso Tradicional de Medicina não apresentava tal dedicação. A Congregação reconhece que há maior dedicação, mas não indica se essa dedicação reflete em melhor formação, e a avaliação comparativa não se realiza. Os entrevistados nesta pesquisa sempre lamentam a ausência desta avaliação comparativa:

PAT: Em última análise, qual era o sentido do curso experimental? A Faculdade tinha 100 alunos, “nós temos que aumentar o número de vagas aqui”. O espírito foi esse “ah, que maravilha, vamos então (+) tentar um outro currículo, e vamos depois comparar”. NÃO FOI FEITA NENHUMA COMPARAÇÃO entre os médicos formados pelo curso tradicional e pelo curso experimental. NADA! É uma vergonha! Isso é uma vergonha. Quer dizer que você injeta nos ratos uma substância K e põe nos ratos aqui uma substância B. Tem um trabalho desgraçado, e depois “ah, põe essa rataria pra fora daqui! Não quero ver mais nada!”.

O antigo professor expressa - utilizando uma metáfora experimental irônica - a situação que beirou o absurdo pela perda que representou. Enquanto resultado de um experimento, de uma pesquisa pedagógica, a ausência da avaliação comparativa sistemática e criteriosa sujeitou ao limbo todo o investimento realizado, tanto humano quanto estrutural, pois não se concluiu nada. O Curso apenas deixa de ser oferecido.

A avaliação e análise comparativa formal, sistemática, oficial, do Curso não existiu, nem em tempo de coexistência dos cursos, nem em período imediatamente posterior ao término do Curso Experimental de Medicina, e enveredar por uma análise comparativa agora, decorridos tantos anos é leviandade por desconsiderar que o percurso formativo posterior a que se submeteram alunos (e professores) do Experimental tenha papel preponderante na compreensão do próprio Curso e na percepção do próprio fazer/saber médico, assim, apenas podemos reproduzir a percepção de alunos e entrevistados que dão conta de um curso que mexeu com a cabeça dos alunos:

PHT: Agora, a avaliação mesmo seria se nós mexemos com a cabeça daqueles moços, isso ninguém testou! (+) Isso ninguém testou, mas NÃO HÁ DÚVIDA NENHUMA que mexemos.

O antigo professor insinua que vale menos saber se um curso foi melhor ou pior que o outro, do que saber se o curso atingiu os alunos, modificando-os enquanto indivíduos. Evidentemente que, em uma estrutura sistêmica educacional, onde os números são mais importantes, o comentário do professor não encontra reflexo. Porém, na estrutura até utópica do Curso Experimental de Medicina, para aquele espaço-tempo, ela poderia ter significação mais profunda que provar se o egresso era um médico mais eficiente.

O que estamos querendo indicar é que, pode ser uma perda para os protagonistas do processo a não realização da avaliação comparativa, uma vez ser uma experiência educacional que poderia ser aproveitada em outras situações. Contudo, é também quase o esperado, pois o Curso todo se traveste de uma aura quixotesca, de lutar contra uma superestrutura de forma apaixonada e sem temores, e uma avaliação normativa, regulamentar, poderia pôr por terra essa aura, ao se mostrar igual ou diferente, pois, o que menos importava era saber, mais importava viver a experiência.

4. EXTINÇÃO E CONTAMINAÇÃO DA FMUSP

O Curso Experimental de Medicina foi oferecido como opção na Faculdade de Medicina da USP entre os anos de 1968 e 1975, graduando oito turmas, encerrando-se, oficialmente no ano de 1980 com a graduação de sua última turma.

A3.1: Não teve ACABOU, foi “ano que vem não vai ter mais”. 175 alunos que vão entrar, vai ter uma reforma, e nesta reforma ficou basicamente o tradicional, e o conjunto de moléstias infecciosas (+) então não foi assim, não teve grandes lutas, não teve grandes brigas (+) foi melancólico mesmo. (+) Já vinha com certo desgaste, logo no começo as pessoas tão mais entusiasmadas.

A5.1: Morreu como um passarinho. Sem ninguém. Sem uma grande discussão. Sem um grande fórum. De repente teve uma reunião lá da Congregação e acabou o curso experimental. Foi assim como se fosse (+) não houve uma manifestação. Assim. Morreu dormindo. Foi o que aconteceu.

O Experimental sofre um processo de contínuo desgaste que enfraquece sua filosofia, sua concepção, num apagamento que, quando ele é encerrado oficialmente, não se sente a ruptura, ele apenas deixa de existir, pois a ruptura que ele causava na

linearidade formativa da Faculdade de Medicina vai sendo amenizada, até não mais existir:

PBQ.2: se fazia no final de cada ano o que se chamava um fórum (+) Uma discussão ampla entre os professores e os alunos e todo mundo, então, pra aproveitar o que tinha de melhor nessa experiência, corrigir os rumos, melhorar as imperfeições. E o que a gente percebeu, ao longo de muitos anos, é que essas alterações foram trazendo o experimental cada vez mais próximo do tradicional. (+) Então as modificações foram gradativamente sendo feitas, mas elas fizeram por se aproximar do curso tradicional.

O antigo professor PBQ.2 associa as modificações realizadas no âmbito dos fóruns como corresponsáveis pelo apagamento que o Experimental sofre ao longo de seu decurso, por aproximar, lentamente, a expectativa formadora deste Curso à expectativa formadora do Tradicional, minimizando as diferenças e fragilizando a separação, de tal modo que podemos supor que, em se mantendo tempo suficiente o oferecimento dos dois curso, haveria um momento em que eles seriam semelhantes o suficiente para se compor em um único:

A8.1: a impressão que a gente tinha era assim: a gente teve um curso EXPERIMENTAL no primeiro ano depois já começou (+) por exemplo, o curso experimental não previa aula teórica. Ou previa aulas teóricas assim muito pontuais (+) a gente teve UM MONTE de aula teórica. Porquê? Porque o professor titular, que havia assumido em 76 pra 77, ele achava que todo mundo tinha que dar aula e acabou. Entendeu? Então a gente era obrigado a sentar lá e ouvir um professor entrar e falar assim “ah! Então quer dizer que vocês é que são do tal do experimental?” ficava olhando duma maneira assim meio, depreciativa, assim, e alguns até diziam “só tô aqui porque eu sou obrigado, porque eu não gosto desse curso” (+) isso a gente teve que ouvir.

Iniciando oferecimento em 1968 sem seleção específica, é preciso escolher internamente quais alunos seriam deslocados a fazer parte da experiência e quais ficariam com a tradição gloriosa da Faculdade de Medicina. Neste momento, o Curso leva alunos e professores para a Cidade Universitária, e promove uma imersão dos alunos na cultura do Experimental, através de espaços e professores distintos, reforçado pela força da disciplina de Bioquímica integralmente voltada para o Curso. De forma precária e improvisada, esta primeira turma inicia o percurso de construção dos lugares do Curso Experimental de Medicina, transitando entre a Cidade Universitária e a Faculdade de Medicina, tendo o barracão como lugar do Curso Experimental de Medicina, mas com o respaldo da Faculdade de Medicina via CAOC.

Em 1969, a primeira turma segue na Cidade Universitária com professores e espaços próprios para a realização do segundo ano do Curso, e inicia-se a segunda turma do Curso. Todavia há mudanças político-sociais importantes. Ao início do ano

letivo são afastados/aposentados Isaias Raw e Alberto Carvalho da Silva - ao lado de Alípio Correa Neto já aposentado no ano anterior - a força representativa do Curso recai em Eduardo Marcondes, que reconhecidamente desempenha seu papel com maestria, porém, tem menor respaldo junto à Congregação da unidade. Tempo contínuo, a Reforma Universitária promulgada em dezembro de 1968 entra na pauta das discussões por seu anunciado esfacelamento da Faculdade de Medicina, que perde seu poder formador e aculturador dos ingressantes do curso de medicina para o Instituto de Ciências Biomédicas, levando à reação insistente da Faculdade para reverter a perda, todas sem resultado; além disso, instaura-se a proibição de oferecimento de cursos semelhantes na mesma municipalidade, colocando em questão a coexistência do Curso Experimental de Medicina e do Curso Tradicional de Medicina, questionando-se a legitimidade e autonomia da CODCEM diante da Congregação.

As ações cerceadoras do Governo Militar atingem alto grau de violência e repressão, dividindo a sociedade em favoráveis, amedrontados (não necessariamente favoráveis ou oposição) e opositores que encetam reações-resposta às ações governamentais, mergulhando a sociedade civil em uma guerrilha que coloca em risco suas liberdades, fechando-a para debates e questionamentos. Na Faculdade de Medicina, as ações de repressão são em maior proporção numérica que em outras unidades da Universidade de São Paulo: professores são desligados, presos, submetidos a inquéritos militares; alunos são presos, mortos, desaparecem; o clima de insegurança grassa com ameaças de perda do prédio-sede, cercaduras do prédio, intervenções no Hospital das Clínicas. Há uma questão preponderante e não é a mudança curricular, mas a manutenção da integridade física e moral da sociedade, da USP e da FMUSP.

A entrada do ano de 1970 traz todas as incertezas e conturbações sociais e políticas ao lado do início de uma nova turma do Curso Experimental de Medicina que já encontra um panorama distinto de suas antecessoras: a CODCEM não tem mais autonomia de destinação das aulas e deve se submeter à Congregação da Faculdade de Medicina; alguns professores do Curso foram afastados e substituídos; há cortes financeiros e não se pode justificar o investimento estatal em dois cursos na mesma municipalidade; as estruturas próprias do Curso Experimental de Medicina não se concretizarão em um futuro próximo; tudo isso leva as aulas do Curso Experimental de Medicina, lentamente, para a Faculdade de Medicina e para o Hospital das Clínicas. A

segunda turma já relata aulas na Faculdade de Medicina de disciplinas que eram, para a primeira turma, oferecidas na Cidade Universitária.

Em três anos de oferecimento, o Curso Experimental de Medicina sofrera impactos significativos em sua legitimidade diante da Faculdade de Medicina, com perda de defensores e redirecionamento da preocupação dos alunos para questões que se aproximam à sobrevivência. O panorama que proporcionou a criação do Curso - com a pressão da sociedade pela ampliação de vagas, necessidade de ocupação da Cidade Universitária, aliado à perspectiva reformadora da educação médica - sofre rápida modificação. Não há financiamento para a construção do espaço do Experimental –tanto o Hospital Universitário, quanto o Centro de Saúde e salas de aula permanentes que substituiriam o barracão não são erguidos - e, numa cascata, os lugares que o Curso conquista não são consolidados –não há condições estruturais para manter os alunos no barracão em alguns conteúdos, tampouco uma rede de atendimento compatível às necessidades formadoras do Curso - submetendo-o à outra lógica, a lógica da Faculdade de Medicina e seu curso tradicional que se impõem na contingência das mudanças políticas e sociais, que se sobrepõem às contingências educacionais que ele representava.

O sistema de ensino do Curso Experimental de Medicina era um empreendimento caro e custoso. Para além de carecer de infraestrutura apropriada, que teria de ser construída para melhor acomodar as expectativas do Curso, também exigia um número grande de docentes: uma turma de 75 alunos do Curso Experimental de Medicina exigia cerca de 5 professores ao mesmo tempo em sala de aula, cada um com um grupo pequeno de estudantes, dedicados quase integralmente à esta ação; uma turma de 100 alunos do Curso Tradicional de Medicina poderia exigir os mesmo 5 professores, mas em momentos distintos, pois se responsabilizavam por um conteúdo dentro de uma disciplina e poderiam se suceder em sala de aula e manter o restante de suas atividades.

PPT: a experiência foi muito curta (+) mas MUITO CARA, muito cara! Porque você necessitava de muito mais gente pra produzir os mesmos resultados em última análise /.../ agora isso representou (+) afinal de contas dentro de uma universidade você tem a parte didática e você tem também a parte investigativa, aí isso significou uma morte da parte investigativa.

Um curso dispendioso e que era compreendido como um empreendimento didático, em um momento em que a cobrança pela titulação e produção docente se

insinua. Todos os antigos professores entrevistados relatam, em maior ou menor intensidade, o impacto das atividades do Curso Experimental de Medicina no desenvolvimento de suas pesquisas, e muitos se afastam do Curso para responder a esta demanda. A dedicação intensa à prática de ensino do Curso consumia tempo e esse tempo era desviado da produção científica destes professores, que, não apenas não produziam ciência, mas também assumiam uma quantidade pequena de alunos a cada turma, impactando no orçamento da instituição que era exigida à contratação de um número maior de docentes para uma formação que começa a ser entendida como partindo de um ponto distinto, mas chegando a um mesmo ponto:

PPT: nós tivemos uma experiência extremamente gratificante (+) foi uma coisa fora de série, MAS o experimental terminou no seguinte sentido: quando chegou na parte clínica os dois cursos (+) se fundiram, (+) então não tivemos um resultado GLOBAL! Quer dizer, formamos médicos DIFERENTES através desta maneira ou os dois no fim se tornaram IGUAIS?

A fusão do Curso no período do internato, considerado momento de maior consolidação do saber/fazer médico, é vista como a chegada ao mesmo lugar. Ao submeter o aluno a quatro anos diferentes, mas coloca-lo no internato “igual” faz com que o ponto de chegada seja o mesmo. Há um custo financeiro, um custo pessoal, um custo científico, mas também há um custo territorial:

PAT: talvez uma das razões pelas quais ele acabou fechando, foi que é um curso talvez pros americanos mais fácil, mas pra nós é um curso muito dispendioso, porque exigiria (+) pelo menos os mais relacionados com a parte clínica (+) de se dedicarem àquele setor em épocas indefinidas, conforme fossem sendo (+) por exemplo, o ortopedista, ele teria praticamente que suspender tudo que tá fazendo pra se dedicar a esse curso. O gastroenterologista também quando chegasse seu bloco (+) então, teria de ter um corpo docente quase que exclusivamente dedicado. Então o indivíduo que estivesse fazendo bioquímica, por exemplo, ele tem que praticamente parar as suas pesquisas em bioquímica para se dedicar àquele setor, não só na parte clínica mas também na parte básica. Então o curso seria vertical mas o docente teria que se acomodar a esse sistema, o que logo se viu (+) quando ele começou a entrar nesse sistema o pessoal viu que havia dificuldade. O sujeito que tinha uma clínica teria que largar sua clínica pra se dedicar naquele período só ao curso.

As disciplinas são submetidas a uma lógica que subjuga seu território a uma justaposição com outras disciplinas, facilitando a invasão do território tão arduamente construído na exata expulsão destas outras disciplinas do espaço-tempo compreendido como expertisse disciplinar. Não se trata apenas de uma destinação diferenciada de tempo para a leção de um conteúdo, mas de uma reconfiguração dos limites que cada disciplina determina ao longo de seu constructo sócio-histórico e da facilitação da

quebra destes limites por uma imposição organizacional externa, por um currículo que, ao invés de defender as disciplinas - como sempre o fez - as ataca e contrapõe, impondo que mais vale a formação do profissional que os territórios disciplinares.

Por conta de uma proposição integradora das ciências básicas e à Universidade, e da propalada defesa de reformar o ensino médico pelos propositores originais do Curso, o lugar do Experimental é subvertido e ele é associado pela Faculdade de Medicina à Reforma Universitária, recebendo a pecha de traidor da “Casa de Arnaldo”. Naquele momento, não há número suficiente de vozes para lutar, os espaços de colocação vão se restringindo, a Faculdade e a USP se vão retraindo, os alunos vão, progressivamente, deixando a Cidade Universitária e sendo alocados no prédio-sede, até restarem poucas atividades no primeiro semestre do curso oferecidas na Cidade Universitária. A quarta turma, ingressando em 1971, ocupará seu lugar “lá em baixo” apenas no primeiro semestre e para marcar o território que se esfacela.

Por falta de espaço compatível para a realização da atividade prática formativa - visto que o Hospital Universitário não foi construído - os alunos são incorporados ao Hospital das Clínicas, fundindo o internato dos dois cursos no sexto ano ainda para a primeira turma¹⁴, submetendo os alunos do Curso Experimental de Medicina à lógica formadora do Hospital das Clínicas para seu internato. Vale lembrar o valor dado pelos alunos ao internato, e a crítica basal que o Experimental constrói contra o ensino hospitalocêntrico especializado representado pelo HC. Fundir os internatos, ainda que os alunos mantivessem seus grupos separados, significava pôr um ponto final na experiência e admitir uma possível derrota, pois não foi possível sensibilizar a comunidade da Faculdade de Medicina para a proposta do Experimental a ponto de conseguir o Hospital próprio que daria um novo rumo à formação. A adaptação do Curso é deletéria por corromper a forma original da proposta, mas acontecer na etapa considerada formadora *per si* é submeter os alunos à uniformização e indicar que, ao final, a lógica especializadora não seria de todo mal. As duas primeiras turmas do Experimental têm os grupos de internato separados, mas a partir da terceira turma, os grupos podem ser mistos, o que acaba por completo com o processo de aculturação dos alunos, já que agora não apenas submetidos à lógica especializadora, mas em completa imersão nesta lógica. O Curso Experimental de Medicina acabará

¹⁴ Ata da Congregação da FMUSP de 30 de junho de 1972, p. 282-285v.

antes mesmo de completar a primeira turma, pois não finaliza o ciclo formador ao adaptar sua proposta de internato ao Hospital das Clínicas.

Contudo, esta aproximação não se dava apenas no quinto ano, quando iniciava o internato:

P: então quando no quinto ano teve a integração mesmo, vocês já estavam mais acostumados a esse outro modelo, digamos, do tradicional porque já estavam se apropriando dos espaços?

A4.2: SIM. Sem dúvida. Sem dúvida. Eu diria que no quarto ano isso já havia ocorrido. O quarto ano é um ano clínico, todas as atividades clínicas praticamente eram dadas aqui ((na Faculdade de Medicina e no Hospital das Clínicas)). Existiam as atividades do centro de saúde, mas nós gostávamos muito mais do Hospital ((das Clínicas)) que do centro de saúde. O Hospital era o top. ((risos)) Tem a cirurgia, toda a tecnologia, na época era bem menos do que hoje mas já tinha, todo (+) era mais legal do que você ficar atendendo lá no consultório do centro de saúde. Eu acho que a sedução do prédio da Faculdade de Medicina e do HC (+) ERA FORTE e (+) eu acho que os alunos (+) acabaram sendo seduzidos pela (+) tradição, pela imponência de tudo isso.

O antigo aluno da quarta turma sinaliza que ao chegarem ao internato já estavam ambientados, apropriados e aproximados da Faculdade de Medicina, ambientação esta feita via des-migração do curso, que retorna, aos poucos, para a Faculdade de Medicina, afastando-se dos espaços da Cidade Universitária. O processo de aculturação que os espaços proporcionam, e a des-lugarização da Cidade Universitária cumprem seu papel de aculturar à dinâmica formadora do Tradicional.

O Curso Experimental de Medicina conseguiu manter seu oferecimento por oito anos seguidos, apesar da resistência, das ações contrárias, das adaptações em sua proposta. Ele poderia ter sido descontinuado em diversas oportunidades em que ele foi severamente questionado e impactado: em 1969 com a saída dos professores-base ou com as modificações impostas pela Reforma Universitária; em 1971 quando se decide por iniciar a fusão dos internatos; em 1973 quando a primeira turma se gradua; ou a qualquer momento, mesmo que não emblemático, que se decidisse descontinuar o oferecimento do Curso. Mas não o foi, e manteve, ainda que reduzida, sua força aculturadora. Os antigos alunos entrevistados são unânimes em indicar a superioridade de seu curso, de sua formação, de sua inserção na comunidade médica, demonstrando a eficiência aculturadora do Curso. Assim como os antigos professores são unânimes em indicar para a superioridade formadora que a proposta curricular do Curso Experimental de Medicina apresentava em relação ao Curso Tradicional de Medicina; alguns antigos professores entrevistados não eram francos defensores da filosofia do Experimental, e

traçam críticas contumazes ao Curso, contudo, não deixam de reconhecer sua importância. Podemos aventar hipóteses para que o Curso Experimental de Medicina tenha permanecido em oferecimento, sinalizando para a atenção maior da Faculdade de Medicina estar voltada para a manutenção da integridade perdida com a Reforma Universitária; para a propalada força combativa de Eduardo Marcondes junto aos órgãos colegiados para manter o Curso em oferecimento; para uma impossibilidade de reduzir a quantidade de vagas oferecidas em vestibular e incapacidade do Curso Tradicional de Medicina absorver mais 75 alunos; mas é também preciso atentar que até 1974 os diretores da Faculdade de Medicina são minimamente favoráveis ou indiferentes ao Curso, mas em 1974 é eleito um diretor declaradamente contrário ao Experimental, que promete acabar com o Curso se eleito, e cumpre a promessa de campanha. O Curso Experimental de Medicina traça caminho tortuoso na Congregação da Faculdade de Medicina, com perdas significativas, mas ainda não havia enfrentado a oposição declarada do diretor da Faculdade, o que acontece em 1974 quando ele já apresenta um desgaste acumulado, deflagrando o encerramento de oferecimento do curso aos ingressantes.

O Curso Experimental de Medicina acaba, assim como o Curso Tradicional de Medicina, pois este segundo apenas existia na concomitância de ocorrência do primeiro. O encerramento dos dois cursos se dá na convergência de criação de outro curso, que era uma intenção somatória das melhores iniciativas formadoras de cada um deles, conhecido como Curso de Fusão¹⁵.

Há que se notar que, mesmo extinto e sofrendo enorme resistência, o Curso Experimental de Medicina contamina a estrutura da Faculdade de Medicina e permanece em algumas posições.

PMP.2: poucos resquícios sobram do programa (+) do curso experimental. O que sobrou foi (+) o centro de saúde em 1977 (+) o programa do centro de saúde passou a ser dado no Centro de Saúde do Butantã, um centro de saúde concebido e pensado, assim como o Hospital Universitário, pra servir a Faculdade de Medicina na questão da atenção primária (+) e os alunos então no curso tradicional continuaram a ter atividade lá, tanto na área de pediatria, na área de saúde de adulto (+) Não sei bem como ficou a questão do Hospital

¹⁵ O Curso de Fusão trazia organização curricular assemelhada ao Curso Experimental de Medicina, ampliando a ênfase clínico-cirúrgica. Ao analisar a proposta de Fusão, observa-se a tentativa de manutenção da organização dos conteúdos em blocos integrados, contudo, na prática não se manteve tal qual e o curso acaba tendo uma série de ajustes e é oferecido por apenas dois anos, sendo revertido para uma estrutura curricular próxima ao Curso Tradicional de Medicina. Não sendo objeto direto desta pesquisa o Curso de Fusão, não nos aprofundamos em suas concepções, entretanto, o Museu Histórico da Faculdade de Medicina possui documentação para consulta pelos interessados.

Universitário porque demorou pro hospital ficar pronto, essa coisa toda, entrar em funcionamento, mas de qualquer sorte o que sobrou de todo esse movimento (+) o curso tradicional passou a ser dominante, mas se ficou com alguns nichos. Um dos nichos foi esse, do posto de saúde em atenção primária, mas que não tinha uma VINCULAÇÃO FORMAL com o restante do programa, claro que você fazia os encaminhamentos tanto pro Hospital Universitário quanto pro HC, mas era uma coisa que, digamos, ficava descolada do restante do curso. E ficou, em termos de blocos, ficou o bloco do departamento de moléstias infecciosas que juntaram a parasitologia, a microbiologia, a preventiva do ponto de vista da epidemiologia, funcionava realmente com o lidar com o processo de saúde-doença mais em bloco mesmo. Foi acho, salvo engano meu, o único resquício que ficou deste movimento do curso experimental.

Todos os entrevistados são unânimes em indicar que o Curso Experimental de Medicina contamina a Faculdade de Medicina, deixando o Centro de Saúde-Escola do Butantã e o bloco de moléstias infecciosas como heranças.

A existência da estrutura física do Centro de Saúde-Escola, sua construção em tempo contíguo ao Curso Experimental de Medicina, a experiência no gerenciamento deste cenário como prática formadora, estes elementos intrínsecos influenciadores colocam à Faculdade de Medicina a necessidade de discussão da ação do médico na atenção primária. O primeiro grupo de alunos que se embrenha nesta seara é o Curso Experimental de Medicina e a partir de seu encerramento – posto que os alunos do Curso Tradicional de Medicina não frequentavam o Centro de Saúde da Lapa – todos os alunos da Faculdade terão a complementação de sua formação no Centro de Saúde em atenção primária. Ou seja, o Experimental deixa a herança física do Centro de Saúde, mas também a herança conceitual, pois leva à revisão da concepção hospitalocêntrica exclusiva do currículo da FMUSP.

O bloco de Moléstias Infecciosas, que existe até hoje, se origina e inspira no bloco de Medicina Tropical do Curso Experimental de Medicina, e é organizado para agrupar os conteúdos de diversas disciplinas que são justapostos em uma contiguidade temporal, mas que também mantém relação de articulação conceitual, intentando, quando possível, a integração vertical.

A concepção da integração e da organização de blocos está contemplada, assim como a atenção primária, dois princípios caros ao Curso Experimental de Medicina que permanecem, ainda hoje, na estrutura formadora da tradicional Casa de Arnaldo.

Vale notar que o Hospital Universitário é sempre lembrado como vinculado ao Curso Experimental de Medicina, contudo não é tido como uma permanência do Curso na estrutura da Faculdade de Medicina, pois quando ele entra em funcionamento tem sua proposta e execução tão alteradas e distanciada do projeto original, que ele não é relacionado como uma permanência, e sim como um edifício conquistado pela existência do Curso Experimental de Medicina, mas não resquício da filosofia do Curso Experimental de Medicina.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De que são feitos os dias?
De pequenos desejos,
vagarosas saudades,
silenciosas lembranças.

Cecília Meirelles

Buscar compreender o currículo como um constructo implica uma tentativa de entender a sucessão de fatos e situações que se articulam não apenas para constituir o projeto curricular inicial, mas ao longo de todo o percurso que descreve esse projeto. Entretanto, o currículo não se constrói apenas de fatos, mas também de relações, inclusões e exclusões, de seleções mediadas por seus protagonistas e pelo espaço-tempo de realização da proposta, que vão conformando-o e tornando-o um objeto de seu tempo, construindo as diversas camadas do currículo, que são continuamente sedimentadas e recombinadas, para consolidar um artefato marcado pelo processo de construção e pela transitoriedade. É nessa perspectiva que olhamos para a Faculdade de Medicina e encetamos ação de compreender as articulações e seleções que se entreteceram na proposição, execução e extinção do projeto Curso Experimental de Medicina, curso esse oferecido entre os anos de 1968 e 1975 como uma das opções de formação médica da FMUSP.

Propusemos uma pesquisa inicialmente baseada em fontes escritas, a partir de arquivos institucionais - a saber o Museu Histórico “Professor Carlos da Silva Lacaz” e a Assessoria Técnica Acadêmica da Faculdade de Medicina – onde foi possível obter fontes escritas consolidadas. Entretanto, há baixa presença nestes arquivos de documentação específica do Experimental, como programas de curso, projetos de instalação, relatórios de execução e outros, o que levou à ampliação das fontes, buscando-se construir documentos orais, mediados por entrevistas com antigos alunos e professores do Curso, ampliando a compreensão do Curso, e obtendo mais indicações e fontes escritas, constituindo um acervo documental derivado de arquivo privado dos entrevistados. Do percurso das entrevistas emergiu a necessidade de

compreensão de algumas questões mais pontualmente e em larga escala, em análise comparativa Curso Experimental de Medicina/Curso Tradicional de Medicina, donde lançamos mão do recurso dos “formulários *on-line*”, enviados a todos os antigos alunos dos dois cursos.

Deste escopo documental constituiu-se a base para a compreensão do Curso Experimental de Medicina, encontrando como segunda dificuldade a baixa frequência de publicações que delineiem análises do constructo curricular de cursos de graduação. Há diversidade de estudos das propostas curriculares de cursos de graduação, nas quais se discute a mudança de concepção formadora, a inserção de novos conteúdos e métodos, e outros, mas não foi localizada uma recuperação mais metódica de construção de um programa do ensino superior, tal qual nos propusemos aqui. Assim, uma articulação da bibliografia consultada permitiu a sistematização de referenciais para análise curricular de modo a articular as fontes desta pesquisa, e propor organização mínima do projeto do Curso Experimental de Medicina e permitir sua compreensão. Tendo por base os elementos elencados nesta sistematização, organizamos o projeto do Curso Experimental de Medicina buscando recuperar seu currículo, não refazendo um possível projeto de Curso, o que seria impossível, mas em uma composição partindo do currículo praticado.

O Curso Experimental de Medicina emerge de um espaço-tempo deveras preocupado com a tradição, com a perpetuação de um lugar social de destaque e proeminência representado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Este lugar é deslocado, a princípio e por princípio, para o Curso Tradicional de Medicina com a criação do Experimental. Porém, este lugar da tradição se vai mesclando a partir da estrutura física que não é preparada, dos sucessivos ajustes do currículo, e o Curso Experimental de Medicina, que não era guardião desta tradição, também vai incorporando-a como sua, em um processo contínuo de aproximação entre os dois cursos.

Todavia, aventamos a possibilidade de a tradição da Faculdade de Medicina sempre ter sido parte do Curso Experimental de Medicina, mas em uma dimensão diferente, não na dimensão do monumento representado e personificado no prédio-sede, mas na forma visionária e vanguardista, pois, em sua criação, a Faculdade de Medicina

trazia como marca a vanguarda do ensino aliado à pesquisa laboratorial e se constituiu como um diferencial na formação de médicos a partir desta marca.

O Curso Experimental de Medicina recorre à propalada tradição da inovação que a FMUSP incute a seu ensino e resgata a tradição formadora, o ensino inovador, o ensino que aliava a teoria com a prática, o ensino que buscava a construção do conhecimento junto à bancada do laboratório. O Experimental resgata a mais primária das tradições da Faculdade de Medicina, a experiência, e se constitui enquanto tal. O Experimental era uma experiência, porém, não é uma experiência técnico-cirúrgica - como o transplante cardíaco e renal um dia o foram - mas uma experiência educacional, assim como introduzir o ensino mediado pelo laboratório e pela pesquisa clínica foi na criação da Faculdade em 1912.

Acreditamos que o Curso Experimental de Medicina não tinha a perspectiva de romper com a Faculdade de Medicina, mas sim de resgatar uma tradição de inovação, e é um pouco nesse sentido que os propositores se declaram ao solicitar a aprovação de um curso junto à Congregação não que substituísse o vigente, mas que pudesse ser contraposto ao vigente. O grupo não queria substituir o curso médico, ele queria fazer uma experiência, ele queria arriscar, ele queria inovar, inclusive inovar na forma de se conseguir uma reforma curricular através da instalação de dois cursos no mesmo lugar para estabelecer parâmetros comparativos, experiência sem precedentes no campo do currículo médico. É o poder da ciência de bancada que se assenta no Curso Experimental de Medicina, a ciência da comparação, do experimento controlado, onde uma intencionalidade criativa tem de ser submetida aos protocolos rigorosos para ser aceita na comunidade científica. O grupo de propositores é um grupo de cientistas do campo da biologia, onde os fenômenos são comparados com o que é conhecido para se conseguir estabelecer os benefícios; onde as amostras são coletadas e separadas de um mesmo universo para tentar reduzir as variáveis intercorrentes; onde os fenômenos são submetidos a uma sucessão de testes antes de ser considerada a mudança do protocolo.

E o Curso Experimental de Medicina é aprovado exatamente da forma que o grupo queria, como um experimento, pois, este grupo propositor não é um grupo fraco, menor, pouco expressivo. É um grupo hegemônico, com professores referência e professores em ascensão expressiva na carreira. O Experimental é aprovado por força histórica e social deste grupo, como um beneplácito ao grupo, como uma concessão e

reconhecimento do poder desse grupo, grupo esse formado no momento em que ele é atraído para um centro de atenção comum que é a reforma do ensino.

Ao apresentar a proposta, o grupo está em plena situação de legitimidade contestadora, de tal monta que tem força suficiente para propor à Congregação - lugar de abrigo e manutenção do status convencional - que se arrisque e que retome sua perspectiva inovadora e permita a execução de uma experiência, que - tal qual os transplantes que estão em proximidade temporal ao surgimento do Experimental - pode alçar a Faculdade de Medicina a um novo patamar, ou ao menos recuperar a posição da Faculdade diante de suas congêneres. A posição de guia do processo formador, de um modelo a ser seguido, está em situação de revisão pois o oferecimento de cursos médicos no país está se expandindo, e nessa expansão novos expoentes surgem. A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto é um exemplo bastante próximo, que desponta no cenário como uma alternativa mais dinâmica; a Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília, outro exemplo, que já nasce com o ideal do novo atrelado ao seu território. São Paulo pode perder a posição de “locomotiva” e tem um grupo disposto a fazer a diferença propondo um experimento científico, que poderia manter São Paulo na vanguarda ou provar que as outras estavam erradas.

Permitir a coexistência do Curso Experimental de Medicina e do Curso Tradicional de Medicina é vantagem para a Faculdade de Medicina nesse momento, que conta com professores com força política e científica para colocar o experimento em funcionamento diante de todas as adversidades que certamente surgirão. Entretanto, ao resgatar uma tradição, a da vanguarda do ensino, ele acaba por se afastar de outra, a técnico-cirúrgica.

A tradição técnico-cirúrgica se constituía em uma hierarquização de conhecimentos, mediada pela experiência acumulada pela sucessão de repetições e aprimoramentos no fazer mecânico-reprodutivista que um cirurgião exímio carece. O alto desempenho de uma técnica cirúrgica é bastante mediado pela habilidade desenvolvida com a prática constante, primorosa, na repetição sucessiva e incessante do procedimento até atingir a perfeição, perfeição essa que se vai refinando e apurando nas minúcias transformadoras, superando a perfeição e tornando-a obsoleta. Ou seja, a perfeição técnico-cirúrgica é transitória e mediada pelo ritmo de superação pessoal, pois depende da prática e dedicação sacerdotal, mas também depende da coletividade para

que possa alcançar um número de prática tal que permita esse aperfeiçoar e questionar a perfeição. Contudo, é preciso entender a posição que cada um ocupa nessa coletividade, onde aprendizes devem reproduzir os conhecimentos de seus mestres, diligentemente, até que o mestre permita seu questionamento, e o Curso Experimental de Medicina contrapõe-se a parte desta tradição técnico-cirúrgica que prevê a submissão, a hierarquização e a repetição até atingir uma perfeição que se permita o questionar, o pensar, o revisar.

A ideia do Curso Experimental de Medicina de perfeição a atingir inclui a prática - tal qual a tradição técnico-cirúrgica - mas também a compreensão de como se chegou àquela prática, e é quando se constitui o ponto de ruptura e resistência, pois na tradição o aprendiz não precisa saber o processo, precisa executar, e o Experimental propõe o compartilhamento da prática e do processo, subvertendo o preceito técnico-cirúrgico hierarquicamente solidificado da “Casa de Arnaldo”. Coexistem lado a lado no Curso Experimental de Medicina, a aprovação de recuperação da tradição dos experimentos, e a resistência à ruptura hierárquica que esta recuperação prevê.

O Curso Experimental de Medicina é um currículo, e como todo currículo, é uma imposição de controle do processo de formação. Olhar para a história do Experimental e constatar a liberdade de ação e questionamento dos alunos e o estímulo ao diferente na prática docente, pode confundir, pois habitualmente acreditamos que controle é coerção, restrição, limitação, e no Curso Experimental de Medicina a sensação de liberdade é patente. Porém, é aí que reside o controle do Experimental sobre sua comunidade. Mediado por uma perspectiva de participação e pró-atividade de alunos e professores; por uma estruturação do conhecimento pela prática; por espaços e saberes compartilhados, o Curso Experimental de Medicina coloca professores e alunos em uma situação em que o controle é dado pela obrigatoriedade da participação, da construção conjunta, da ocupação de espaços e superação das adversidades, exigindo a dedicação plena ao experimento.

O Experimental controla a possibilidade de ação e inação, produzindo esquemas mentais e corporais que comporão a identidade do grupamento submetido a esse currículo. Professores são chamados à atividade, a procurar alternativas à sistemática exposição de conteúdos e, incorporar em suas práticas, formas de estimular o aprendizado do aluno, proporcionando situações de aprendizado que o levem a

construir esquemas mentais dessa aprendizagem. Assim, não importa apenas o que o aluno aprende, mas como ele aprende. Por seu lado, o aluno também está em atividade, pois tem de se incorporar às situações de aprendizado e produzir resultados, que, novamente, incluem o sistema e o resultado da sua aprendizagem. O Experimental produz um esquema mental de pró-atividade, mas não se encerra aí, a pró-atividade é mental na medida em que coloca o desafio aos professores de “ensinar” e aos alunos de “aprender”, mas ela é corporal também, pois o desafio mental exige movimento para a obtenção de resultados, professores fazem uma busca física de fato pelas situações de aprendizagem, vão a outras instituições, vão a bibliotecas, se reúnem constantemente, assim como os alunos que transitam em diversos locais em busca das soluções.

É preciso agir, mental e fisicamente, para construir o curso, e o Experimental age, ocupa espaços diversos, na Cidade Universitária, no Hospital-Maternidade do Tatuapé, no Centro de Saúde da Lapa, nos espaços acadêmicos da Faculdade de Medicina, e vai se apropriando, construindo um lugar de espacialidade fluida e dispersa, pois presente em diversas localidades, mas de potencialidade educadora concentrada, pois todos os lugares são objetivados para a construção das situações de aprendizado.

A tônica do território do Experimental é a atividade, a ação, o movimento. A disputa de territórios do Experimental indica que o poder não está nos territórios disciplinares habituais, mas na demonstração e obrigatoriedade de reengendrar os conhecimentos. A disputa se dá nas formas de construção dos saberes, nas formas de obtenção destes saberes, e não na obtenção estrita destes saberes. Apenas deter o conhecimento não é a conquista, ser capaz de estabelecer uma ação efetiva de obtenção do conhecimento a partir do próprio movimento é o que se quer, e o que se busca.

O projeto do Curso Experimental de Medicina, sua estrutura e suas memórias são um documento, são um registro do curso. Mas o Curso Experimental de Medicina também se constitui como um emaranhado de relações multi-pessoais e multi-institucionais, com Ulhôa Cintra (então Secretário da Educação do Estado) pressionando o Governador do Estado a liberar a verba para aprovação do Curso; com alunos indicando o que poderia ser melhorado no Curso no âmbito dos Fóruns; com Medicina Preventiva sendo pouco prestigiada e Bioquímica adorada; com estagiários realizando 20 partos no Hospital-Maternidade do Tatuapé e aproximando a Faculdade

de Medicina ao sistema médico de saúde municipal; com o curso sendo rotulado de comunista e vendo professores e alunos serem perseguidos; com a inserção do olhar para a atenção primária e para o paciente como um ser humano. Tudo isso são relações, porque entender o currículo como uma relação não é descrever os contatos humanos, e sim o entremear de ações, situações, condições, proposições que vão construindo as diversas camadas que se vão sedimentando e mesclando em um movimento contínuo. É o currículo como fluxo em transformação, como um longo e contínuo conflito, e o Curso Experimental de Medicina tem sua trajetória marcada de sucessivas negociações, renegociações, ganhos, perdas que vão conformando e reformando esse currículo que é uma prática histórica e socialmente determinada, que só foi possível como constructo naquele e daquele espaço-tempo, pois apresentava condições, pessoas, espaços e necessidades que se conformaram no Curso Experimental de Medicina.

É desta cultura de conflitos e disputas que o Experimental emerge, se nutre e traz à discussão a ambiguidade entre currículo prescrito e currículo praticado. O currículo prescrito é, enquanto ideia original, intrinsecamente permeado de concepções e manifestações de poder de seus propositores. As concepções de medicina - generalista e primária, sem abrir mão da especialidade - e de educação - centrada na construção e não na transmissão de conhecimento - defendidas pelo Curso não eram uma ideia utópica e romântica, tampouco se inserem na prescrição curricular como uma seleção inocente e descompromissada. Eram a delimitação de um território que se queria demarcar, de um grupo de crenças e valores sobre os quais e a partir dos quais o currículo deveria se sustentar e construir a identidade dos indivíduos a ele submetidos.

Quando esta prescrição, preñe de valores de seus propositores, entra em contato com seus executores, ela é reelaborada, pois os executores trazem suas próprias concepções e relações de poder e agirão sobre a prescrição, modificando-a, reelaborando a prescrição a partir da ação de executar o currículo, originando um currículo praticado que não é o prescrito originalmente. Há que se notar, contudo, que essa reelaboração tem um limite, há fundamentos na prescrição que não são alterados, porque são pilares, são balizas, são a essência do poder que os propositores inocularam no currículo e não pode ser alterada.

No caso do Curso Experimental de Medicina, a prescrição trazia a busca pelo médico generalista, voltado para a comunidade. Ao longo de sua execução, esta

perspectiva não se mostra, já que não há quantidade expressiva de médicos generalistas, ou médicos preventivistas, entre os formados. Contudo, os fundamentos do Experimental se mantiveram e frutificaram. As bases sobre as quais se assentava a propalada formação generalista e preventivista estava na convergência para a atenção primária e para a construção do pensamento científico, que se mantém na Faculdade de Medicina ainda hoje. As oito turmas do Curso Experimental de Medicina tem características diferentes, cada uma tem uma trajetória de apropriação/expropriação do currículo prescrito para o praticado, apresenta relações de poder e territórios circunscritos e inscritos em momentos institucionais, sociais, políticos distintos. Cada uma delas é única, com seu próprio currículo praticado, mas todas reservam a similaridade da construção do conhecimento e da aproximação à atenção primária.

Compreender o Curso Experimental de Medicina como um constructo é entender que ele não é algo que começa e acaba em um ponto determinado. Há uma datação histórica de início de oferecimento - em 1968 - assim como de término do oferecimento - em 1975 - contudo, ele não começa nem termina aí de fato. Ele vem se construindo desde a perspectiva de seus propositores originais, em uma somatória tecida de concepções, aspirações, conceitos, intenções, e, lógico, disciplinas, conteúdos, métodos, que se vão selecionando para organizar uma estrutura curricular que expressa a intencionalidade do grupo proponente. Essa intencionalidade não é acabada, ela é submetida à reelaboração cotidiana, onde novas (ou antigas) aspirações se embrenham e remodelam a proposta, num *continuum*.

O Curso Experimental de Medicina não se encerra um dia, ele vai se diluindo na contraposição de forças presentes no período – tradicionais/progressistas, esquerda/direita, professor transmissor/professor tutor, aluno passivo/aluno ativo - que se inscrevem nesse currículo; na destituição dos grupos dominantes, não apenas o grupo propositor inicial é destituído com a aposentadoria e anulação de poder, mas os professores que vão pontuando suas posições progressistas também são reconduzidos e levados a se modificar por pressões diversas; na secundarização de ideias prioritárias pois, não é possível desenvolver a proposta de atenção primária por completo, o hospital de retaguarda de uma medicina comunitária não é construído, o estímulo à pesquisa e à construção do pensamento clínico e crítico são sujeitados a condições de recursos humanos que não os defendem; na perda dos lugares, pois a série de contingências pelas

quais passa o Curso Experimental de Medicina vai des-lugarizando não apenas a Cidade Universitária, mas o Curso como um todo, os alunos são levados cada vez mais para a subjugação do lugar tradicional, assim como os professores, e o potencial agregador desbota, os espaços começam a convergir e representar não apenas para o Curso Experimental de Medicina ou o Curso Tradicional de Medicina, mas para ambos.

O percurso é de esvaecimento e o projeto é substituído. O Curso Experimental de Medicina “morre como um passarinho” - como sinaliza um antigo aluno entrevistado - mas não parece que ele tivesse outra pretensão senão constituir-se num contraponto, num experimento científico que fizesse a Faculdade de Medicina olhar para ela mesma e refletir sobre o que estava fazendo com seu papel de expoente da medicina brasileira.

Para finalizar, gostaríamos de ressaltar que acreditamos que o Experimental deixou uma marca indelével em sua época, na sua geração de alunos e professores. Currículos tem esse efeito. Eles são intencionalmente construídos para ter efeito sobre as pessoas, e currículos diferentes geram pessoas diferentes: este é um princípio caro da construção de um currículo. O que temos de pontuar é que não é possível aqui, neste momento, decorridos mais de quatro décadas indicar quais são as marcas, pois, na exata medida que o Curso Experimental de Medicina foi construído para ter efeito sobre os alunos e professores, outros currículos também o foram, e estas pessoas, que concluíram seu curso àquela época, acumulam uma diversidade de situações de aprendizado (formais ou informais) nas quais foram submetidas a outros currículos e foram modificadas, para falar apenas do percurso educacional. Entretanto, ao longo do processo de entrevistas, pudemos perceber esse movimento, assim como perceber a força de marcação curricular que o Experimental deixa em seus alunos e professores, numa força distintiva da encontrada nos que não participaram da experiência.

O Curso Experimental de Medicina ainda faz refletir sobre o papel da Faculdade de Medicina no panorama da educação médica e requer outros estudos que permitam aprofundar a compreensão das relações territoriais estabelecidas entre os alunos do Curso Experimental de Medicina e do Curso Tradicional de Medicina, pois há dissonâncias ao longo das turmas e há muitos pontos de contato e pontos de afastamento que precisam ser melhor clarificados no sentido de compreender se são pessoais, de

alunos que transitavam com mais habilidade entre territórios, ou se são poros que permitiam a passagem dos cursos.

A situação da CODCEM com a Faculdade de Medicina carece maior detalhamento, pois apenas a localizamos em sua existência na estrutura da Faculdade de Medicina, mas não a compreendemos de fato. Não sabemos como foi a atuação da Comissão ao longo do ano de 1967 para organizar o Curso; quais as negociações que a Comissão teve de empreender para colocar e manter o Curso em funcionamento; o que representou a perda de autonomia no cotidiano das relações da coletividade; e, estritamente, como eram as relações deste coletivo com o Curso, pois quase inexistia a CODCEM para os entrevistados, e sim Eduardo Marcondes, ou seja, para os entrevistados o responsável era Marcondes e não o coletivo, então, quais as relações de poder estabelecidas dentro da CODCEM e a face visível representada por Marcondes.

Trabalhamos com um recorte de participantes pequeno, e há uma questão que impera e que não tem uma resposta satisfatória até o momento: o quanto o rótulo de subversivo, de esquerdista, comunista, e outros nesta linha, foram sendo construído pelas questões educacionais e o quanto ele foi permeado pelas iniciativas políticas, ainda mais considerando o período de polarização em que o Curso se insere. E mais, quanto esse rótulo permeou e influenciou as escolhas que se foram fazendo ao longo do período de existência do Curso, pois não conseguimos concluir a contento o quanto os alunos são influenciados pelo rótulo, levando à escolha do Curso, e o quanto os alunos são influenciados já sob a aculturação do Curso para convergirem à esquerda. O mesmo para professores: o quanto eles são levados para o Curso Experimental de Medicina por uma inclinação pré-existente e o quanto eles são aculturados, já que há uma quantidade grande de recém-ingressos.

É também preciso, evidente, recuperar o Curso Tradicional de Medicina enquanto um percurso formador distinto e mediado pela coexistência do Curso Experimental de Medicina, buscando compreender como esta partilha de espaço-tempo age na transformação do curso único em um dos cursos oferecidos, pois, assim como o Experimental se modifica na contraposição/justaposição com o Tradicional, o Tradicional também será alterado nessa coexistência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

OBRAS

ABRANTES, Antônio Carlos Souza de. **Ciência, educação e sociedade**: o caso do Instituto Brasileiro de Educação, Ciência e Cultura (IBCEC) e da Fundação Brasileira de Ensino de Ciências (FUNBEC). Tese (Doutorado em História das Ciências e da Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2008. 287 f.

ADELSTEIN, S. James; RAMOS, Myra S. **Searching**. In: TOSTESON, Daniel C.; ADELSTEIN, S. James; CARVER, Susan T. **New pathways to medical education**: Learning to Learn at Harvard Medical School. Massachusetts: Library of Congress. 1994. p. 13-29.

ADUSP (Associação dos docentes da Universidade de São Paulo). **Controle ideológico na Universidade de São Paulo**: 1964-1978. São Paulo: Adusp, 2004.

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

ALMEIDA, Márcio José de. A educação médica e as atuais propostas de mudança: alguns antecedentes históricos. **Rev. Bras. Educ. Med.** V. 25, n. 2, p. 42-52. 2001.

ALTHUSSER, Louis. **Aparelhos ideológicos de estado**: notas sobre os aparelhos ideológicos de estado. 3ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985

ANASTASIOU, Léa das Graças Camargos; Alves, Leonir Pessate. **Processos de ensinagem na universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 7ed. Joinville: UNIVILLE, 2007.

APPLE, Michael W. **A política do conhecimento oficial**: faz sentido a ideia de um currículo nacional? In: MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa; SILVA, Tomás Tadeu da. **Currículo, cultura e sociedade**. 12ed. São Paulo: Cortez, 2011b. p. 71-105.

APPLE, Michael W. **Política cultural e educação**. São Paulo: Cortez, 2000.

APPLE, Michael W. **Repensando ideologia e currículo**. In: MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa; SILVA, Tomás Tadeu da. **Currículo, cultura e sociedade**. 12ed. São Paulo: Cortez, 2011a. p.49-69.

ARWU. **Academic Ranking of World Universities**. University of Sao Paulo. Disponível em <http://www.shanghairanking.com/World-University-Rankings/University-of-Sao-Paulo.html> . Acesso 05 de setembro de 2013.

ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica). **O internato nas escolas médicas brasileiras**. ABEM/ SESU/MEC. 1982. Disponível em http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=28265. Acesso em 24 de abril de 2015.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; MOTA, André. **Medicina Preventiva**. In: MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. (orgs). **Trajetória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**: aspectos históricos da “Casa de Arnaldo” - Departamentos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: memórias e histórias. São Paulo: FMUSP, 2012. p. 124-137. (volume 2).

AZANHA, José Mario Pires. Ulhôa Cintra: estadista da educação **Revista Universidade de São Paulo**, n. 42, p. 104-7, 1999.

BACALLÁ, Luiz; SUZUKI, Itiro; DUARTE, Jurandir Godoy et al (orgs). **As 100 turmas da Faculdade de Medicina da USP**. São Paulo: AAAFMUSP, 2012.

BARROS, Lúcia Almeida. Toponímia oficial e espontânea na Cidade Universitária – campus Butantã da Universidade de São Paulo. **Revista Universidade de São Paulo**. N. 56, p. 164-171, 2003.

BARZANSKY, Barbara. **The growth and divergence of the basic Science**. In: BARZANSKY, Barbara M. GEVITZ, Norman (ed). **Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century**. Chicago: British Library, 1992. P. 19-

BATISTA, Nildo Alves. **A graduação médica e alguns desafios contemporâneos**. **Jornal do Cremesp**. v. 244, n. 1, 2008.

- BATISTA, Nildo Alves. **Planejamento na prática docente em saúde**. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva (orgs). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac, 2004. P.35-55.
- Begliomini, Hélio. Alípio Correa Neto. Biografias da Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <http://academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/12/BIOGRAFIA-ALIPIO-CORREA-NETTO.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2014.
- BERNSTEIN, Basil. **On the classification a framing of educational knowledge**. In: _ BERNSTEIN, Basil (ed). **Class, codes and control**. 2ed London: Routledge & Kegan Paul, 1974. p. 202-230. (Vol I – Theoretical studies towards a sociology of language)
- BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. Trabalhar com relato oral quando a prioridade é recompor uma história do cotidiano. **Temas em pedagogia**. N. 3, p. 43-57, 1995.
- BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes; DIAS da SILVA, Maria Helena G. F. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**. V. 2, n. 1, p. 61-69, 1992.
- BRAGHINI, Katya Mitzuko Zuquim. A história dos estudantes “excedentes” nos anos 1960: a superlotação das universidades e um “torvelinho de situações improvisadas”. **Educar em Revista**. N. 51, p. 123-144. 2014
- BULCÃO, Lúcia Grando; EL-KAREH, Almir; SAYD, Jane Dutra. Ciência e ensino médico no Brasil (1930-1950). **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**. V. 14, n. 2, p. 469-487. 2007.
- CAMARGO JR, Kenneth Rochel. A biomedicina. **Physis**. V. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.
- CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. (Coleção Campo Teórico)
- CASTRO, Célia Lucia Monteiro de; COURA, José Rodrigues; CAMILO-COURA, Léa. **O ensino médico vinte anos após a reforma universitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- CERTEAU, Michel de. **A escrita da história**. Rio de Janeiro: Forense, 1982. p. 65-109.
- CHARLE, Chistophe; VERGER, Jacques. **História das universidades**. São Paulo: Editora Unesp, 1996 (Coleção Universitas)
- CHARTIER, Roger. **A ordem dos livros: leitores, autores e bibliotecas na Europa entre os séculos XIV e XVIII**. 2.ed. Brasília: EdUnB, 1999.
- CHARTIER, Roger. **O mundo como representação**. In:_ CHARTIER, Roger. **À beira da falésia: a história entre certezas e inquietude**. Porto Alegre: Editora UFRGS, 2002. P. 61-79.
- CHASSOT, Walkíria Costa Fucilli (org). **Memórias de origem: Hospital Universitário da Universidade de São Paulo 20 anos**. São Paulo: Hospital Universitário –Universidade de São Paulo, 2001.
- CHAVES, Igor Tavares da Silva; GROSSEMAN, Suely. O Internato Médico e Suas Perspectivas: Estudo de Caso com Educadores e Educandos. **Rev. Bras. Educ. Med**. V. 31, n. 3, p. 212-222. 2007.
- CORREIA, José Alberto. Inovação pedagógica e formação de professores. 2ed. Rio Tinto: ASA Edições, 1991 (Coleção Biblioteca Básica de Educação e Ensino).
- COSTA, Marisa Vorraber. **Currículo e política cultural**. In:_ COSTA, Marisa Vorraber (org). **O currículo nos limiares do contemporâneo**. 3ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p.37-68.
- CUETO, Marcos. **Entre la modernidad y el estereotipo: visiones norteamericanas de las ciencias medicas latino-americanas**. In: _ LAFUENTE, A; ELENA, A; ORTEGA, ML. **Mundialización de la ciência y cultura nacional**. Madrid: Ediciones Doces Calles, 1993.
- CUNHA, Luiz Antônio. **A universidade crítica: o ensino superior na república populista**. 3 ed. São Paulo: Unesp, 2007a.
- CUNHA, Luiz Antônio. **A universidade reformanda: o golpe de 1964 e a modernização do ensino superior**. 2 ed. São Paulo: Unesp, 2007b.
- CUNHA, Maria Isabel da. Aportes teóricos e reflexão prática: a emergente reconfiguração dos currículos universitários. **Educación Superior y Sociedad**. V. 9, n. 1, p. 11-20, 1998.

CUNHA, Maria Isabel da. Os conceitos de espaço, lugar e território nos processos analíticos da formação dos docentes universitários. **Educação Unisinos**. V. 12, n. 3, p. 182-186, 2008.

CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arq. Catar. de Med.** V. 35, n. 4, p. 16-24, 2006.

DIAS, Rosanne Evangelista; LÓPEZ, Silvia Braña. Conhecimento, interesse e poder na produção de políticas curriculares. **Currículo sem Fronteiras**. v. 6, n. 2, p. 53-66. 2006.

DRÉZE, Jacques; DEBELLE, Jean. **Concepções da universidade**. Fortaleza: Edições UFC, 1983.

EDLER, Flávio Coelho. **As reformas do ensino médico e a profissionalização da medicina na Corte do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado (Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas) apresentada a USP, São Paulo, 1992.

EDLER, Flávio Coelho. O debate em torno da medicina experimental no segundo reinado. **História, Ciências, Saúde – Maguinhos**. v. 3, n. 2, p. 284-99, 1996.

EDLER, Flávio Coelho; FRÓES DA FONSECA, Maria Rachel. Coletânea de artigos originais e publicados nos boletins informativos da ABEM. **Cadernos da ABEM – História da Educação Médica**. v. 2, p. 6-26, 2005.

ESCOLANO, Agustín. **Arquitetura como programa: espaço-escola e currículo**. In: _ VIÑAO FRAGO, Antonio; ESCOLANO, Agustín. **Currículo, espaço e subjetividade: a arquitetura como programa**. 2ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 21-57.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Centenário de criação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – 1891-1991**. São Paulo: FMUSP, 1991.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Memória Histórica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – 2 de abril de 1913 a 2 de abril de 1938**. São Paulo: FMUSP; Revista dos Tribunais, 1938.

FAPESP. Memória: homenagem a Ulhôa Cintra. Revista Fapesp, n. 42, p. 6, 1999.

FARIA, Lina Rodrigues. A Fundação Rockefeller e os serviços de saúde em São Paulo (1920-1930): perspectiva histórica. **História, Ciência, Saúde – Maguinhos**. v.9, n. 3, p. 561-90, 2002.

FARIA, Maria José Sparça Salles de et al. Os desafios da educação permanente: a experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v.32, n.2, p.248-253, 2008.

FÁVERO, Maria de Lourdes de Albuquerque. **Quarenta anos da reforma universitária: significado, questões e desafios**. In: _ MANCEBO, Deise et al (orgs). **Reformas da educação superior: cenários passados e contradições do presente**. São Paulo: Xamã, 2009 (Coleção políticas universitárias). p. 63-91.

FELICIELLO, Domenico. **Os projetos pedagógicos das escolas médicas no Brasil imperial: uma contribuição para a avaliação do ensino superior no país**. Tese de Doutorado (Faculdade de Ciências Médicas) apresentada a UNICAMP, Campinas, 2002.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Gestão dos processos de mudança na graduação em medicina**. In: _ MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAUJO, José Guido Corrêa de (orgs). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 17-39.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Mudança na educação médica: os casos de Londrina e Marília**. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica. 2002.

FEUERWERKER, Laura. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde e Educação**, v. 2, n. 3, p. 51-72, 1998.

FLEXNER, Abraham. **Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the advancement teaching**. New York: Carnegie Foundation, 1910. Disponível em http://www.carnegiefoundation.org/sites/default/files/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf. Acesso em 10 de dezembro de 2013.

FORQUIN, Jean-Claude. Saberes escolares, imperativos didáticos e dinâmicas sociais. **Teoria & Educação**. v. 5, p. 28-49, 1992.

- FREITAS, Marcos Cezar; BICCAS, Maurilane de Souza. **História social da educação no Brasil** (1926-1996). São Paulo: Cortez, 2009 (Biblioteca básica de história da educação brasileira; v. 3).
- GIANNAZI, Carlos. **Marcha contra o saber: o golpe militar de 1964 e o A!-5 na Universidade de São Paulo**. São Paulo: Global, 2014.
- GIMENO SACRISTÁN, José. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- GINZBURG, Carlo. **Controlando a evidência: o juiz e o historiador**. In: NOVAIS, Fernando A; SILVA, Rogério Forastieri da. **Nova história em perspectiva**. São Paulo: Cosac Naify, 2011. P. 341-358.
- GINZBURG, Carlo. **Mitos, emblemas e sinais: morfologia e história**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989. p. 143-180.
- GOMES, Romeu et al. Aprendizagem baseada em problemas na formação médica e o currículo tradicional de medicina: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 33, n. 3, p. 444-451, 2009.
- GOODSON, Ivor F. **As políticas de currículo e de escolarização: abordagens históricas**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- GOODSON, Ivor F. **Currículo: teoria e história**. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- GOODSON, Ivor F. **O currículo em mudança: estudos na construção social do currículo**. Porto: Porto Editora, 2001.
- GOULART, Flávio A. de Andrade. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. V. 8, n. 2, p. 17-26, 1999.
- GOULART, Flávio Andrade. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**. v. 8, n. 2, p. 17-26, 1999.
- GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO JR, Kenneth Rochel. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica ao modelo biomédico. **Ciência e Saúde Coletiva**. V. 11, n. 4, p. 1093-1103. 2006.
- GUEDES, Carla Ribeiro; NOGUEIRA, Maria Inês; CAMARGO Jr, Kenneth R. de. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 11, n. 4, p. 1093-1103, 2006.
- GUERRA, Francisco. **Historia de la medicina**. Madrid: Ediciones Norma, 1989 (3 volumes)
- GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. **Ensino médico nos anos 1950 e 1960: os catedráticos clínicos e o Relatório Flexner. Usos do Passado – XII Encontro Regional de História**. ANPUH, Rio de Janeiro, 2006, p. 1-9. Disponível em: <http://www.rj.anpuh.org/resources/rj/Anais/2006/conferencias/Maria%20Regina%20Cotrim%20Guimaraes.pdf>. Acesso em 07 de fevereiro de 2015.
- GUIMARÃES, Maria Regina Cotrim. **Os catedráticos de clínica médica e as propostas de reforma do ensino médico no Brasil nas décadas de 1950 e 1960**. Tese de doutorado em História das Ciências e da Saúde – Fundação Oswaldo Cruz, Casa de Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 2009, 234f.
- HALBWACHS, Maurice. **A memória coletiva**. São Paulo: Vértice/Revista dos Tribunais, 1990.
- HAMILTON, David. Sobre as origens dos termos classe e curriculum. **Teoria & Educação**. v. 6, p. 33-52, 1992.
- HOBSBAWM, Eric. **Introdução: a invenção das tradições**. In: HOBSBAWM, Eric; RANGER, Terence (orgs). **A invenção das tradições**. 6 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2008. p. 9-24.
- HORA, Dayse. **Racionalidade médica: uma matriz mediadora na produção curricular**. Trabalho apresentado à 23ª Reunião da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Educação. 24 a 28 de setembro de 2000. Disponível em <http://www.anped.org.br/reunioes/23/textos/1209t.PDF>. Acesso em 20 de dezembro de 2010.
- IOCHIDA, Lúcia Christina. **Metodologias problematizadoras no ensino em saúde**. In: **Docência em saúde: temas e experiências**. BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva (orgs). São Paulo: Editora Senac, 2004. P. 153-166.

- JULIÁ, Dominique. **Disciplinas escolares**: objetivos, ensino, apropriação. In: _ LOPES, Alice Casimiro; MACEDO, Elizabeth (orgs). **Disciplinas e integração curricular**: história e políticas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p.37-71.
- KARNAL, Leandro; TATSCH, Flávia Galli. **Documento e história**: a memória evanescente. In: _ PINSKY, Carla Bassanezi; LUCA, Tania Regina de (orgs). **O historiador e suas fontes**. São Paulo: Contexto, 2009. P. 9-27.
- KEMP, Amy; EDLER, Flávio Coelho. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **História, Ciências, Saúde – Maguinhos**. v. 11, n. 3, p. 569-85, 2004.
- KOIFMAN, Lilian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde – Maguinhos**. v. 8, n. 1, p. 48-70, 2001.
- KRAMER, Sonia. Propostas pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. **Educação & Sociedade**, v. 18, n. 60, 1997, p. 15-33.
- LACAZ, Carlos da Silva. **Curta biografia do grande cirurgião brasileiro** - 1988. Disponível em http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=879.
- LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz. Casa de Oswaldo Cruz, 2002. 219 f.
- LATOUR, Bruno. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. Bauru: EDUSC, 2001.
- LE GOFF, Jacques. **Documento monumento**. In: _ LE GOFF, Jacques. **História e memória**. 7ed. Campinas: Editora Unicamp, 2013. P. 485-499.
- LEITE, Carlinda. **Sinais e percursos da educação e do currículo em Portugal, nas últimas três décadas**. In: _ MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa Moreira; PACHECO, José Augusto; MACEDO, Elizabeth; CASIMIRO, Maria Alice (orgs). **O currículo e produção de identidades**. Actas do V Colóquio sobre questões curriculares. Centro de investigação em Psicologia, Universidade do Minho, 02 a 04 de junho de 2002. P. 41-64.
- LEITE, Miriam L. Moreira. **Texto visual e texto verbal**. In: _ LEITE, Miriam L. Moreira e FELDMAN-BIANCO, Bela (orgs.). **Desafios da imagem**: fotografia, iconografia e vídeo nas ciências humanas. Campinas: Papirus, 1998. p. 37-49.
- LIMA, Idelsuite de Sousa. **A interrelação curricular**. In: _ PEREIRA, Maria Zuleide Costa; LIMA, Idelsuite de Sousa (orgs). **Currículo e políticas educacionais em debate**. Campinas: Alínea, 2012. p. 151-162.
- LIMA-GONÇALVES, Ernesto. **Médicos e ensino da medicina no Brasil**. São Paulo: Edusp, 2002.
- LIU, Nian Cai. **The Academic Ranking of World Universities and its future direction**. In: _ MAROPE, P.T.M.; WELLS, P.J.; HAZELKORN, E. (eds). **Rankings and Accountability in Higher Education**: Uses and Misuses. France: UNESCO, 2013. p. 23-40.
- LOPES, Alice Casimiro. **Políticas de currículo**: questões teórico-metodológicas. In: _ LOPES, Alice Casimiro; DIAS, Rosanne Evangelista; ABREU, Rozana Gomes de (orgs). **Discursos nas políticas de currículo**. Rio de Janeiro: Quartet, Faperj, 2011. p. 19-47.
- LOPES, Alice Casimiro. **Políticas de integração curricular**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2008.
- LOPES, Alice Casimiro; MACEDO, Elizabeth. **Teorias de currículo**. São Paulo: Cortez, 2011.
- LOPES, Jader Janer Moreira. **Reminiscências da paisagem**: vozes, discursos e materiais na configuração das escolas na produção do espaço brasileiro. In: _ LOPES, Jader Janer Moreira; CLARETO, Sonia Maria (orgs). **Espaço e educação**: travessias e atravessamentos. Araraquara: Junqueira Marin, 2007. P. 73-98.
- LUZ, Madel Therezinha. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**. V. 15, suplemento, p. 146-176, 2005.
- LUZ, Madel Therezinha. **Natural, racional, social**: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- LYONS, Albert; PETRUCELLI, R. Joseph. **História da medicina**. São Paulo: Manole, 1997.

- MACEDO, Roberto Sidnei. **Currículo: campo, conceito e pesquisa**. 2ed. Petrópolis: Vozes, 2008.
- Manzini, Eduardo José. **Considerações sobre a transcrição de entrevistas**. Disponível em http://www.oneesp.ufscar.br/texto_orientacao_transcricao_entrevista. Acesso em 02 de junho de 2014.
- MARANHÃO, EA; GOMES, Andréia Patricia; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. **O que mudou na educação médica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais**: sob os olhares do Jano de Duas Faces. In: _ STREIT, Derly Silva et al. **10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: ABEM, 2012, p. 59-91
- MARCONDES, Eduardo. **O curso experimental de medicina da Universidade de São Paulo**. Educación médica y salud. v. 9, n. 2, p. 172-195. 1975.
- MARCUSCHI, L. A. **Análise da conversação**. 5ed. São Paulo: Ática, 2003. (Série Princípios).
- MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **Elites em negociação**: breve histórico dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo. Bragança Paulista: EDUSF, 2003
- MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **Trajetória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**: aspectos históricos da “Casa de Arnaldo”. São Paulo: FMUSP, 2006.
- MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha; MOTA, André (orgs). **Da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**: conjunturas e contextos. São Paulo: CD.G Casa de Soluções e Editora, 2012 (Coleção Centenário da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, v.1)
- MAROEPE, Mmantsetsa; WELLS, Peter. **University Rankings: The Many Sides of the Debate**. In: _ MAROEPE, P.T.M.; WELLS, P.J.; HAZELKORN, E. (eds). **Rankings and Accountability in Higher Education: Uses and Misuses**. France: UNESCO, 2013. p. 7-22.
- MASCELLANI, Maria Nilde. **Planejamento dos ginásios vocacionais**. Acervo CEDIC/PUCSP. Disponível em http://www.pucsp.br/cedic/memoria_educacao . Acesso em 02 de janeiro de 2015.
- MEDEIROS NETO, Geraldo. **Antonio Barros de Ulhoa Cintra**. Biografias da Academia de Medicina de São Paulo. Disponível em <http://www.academiamedicinasaopaulo.org.br/biografias/15/BIOGRAFIA-ANTONIO-BARROS-DE-ULHOA-CINTRA.pdf>. Acesso em 10 de novembro de 2014.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom. Definindo história oral e memória. **Cadernos CERU**. V. 2, n. 5, p. 52-60, 1994.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. 4ed. São Paulo: Loyola, 2002.
- MERHY, Emerson Elias; MALTA, Deborah Carvalho; Santos, Fausto Pereira dos. **Desafios para os gestores do SUS, hoje**: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. 30 p. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>. Acesso em 20 de maio de 2015.
- MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa. **Currículo, utopia e pós-modernidade**. In: _ MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa (org). **Currículo: questões atuais**. 18ed. Campinas: Papirus, 2011. p. 9-27.
- MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa; SILVA, Tomás Tadeu. **Sociologia e teoria crítica do currículo**: uma introdução. In: _ MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa; SILVA, Tomás Tadeu da. **Currículo, cultura e sociedade**. 12ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 13-47.
- MOTA, André. Conheça a história e fatos marcantes da trajetória de cem anos da FMUSP. **Globo Universidade**. 15 de fevereiro de 2012. Disponível em <http://redeglobo.globo.com/globouniversidade/noticia/2012/12/conheca-historia-e-fatos-marcantes-da-trajetoria-de-cem-anos-da-fmusp.html>. Acesso em 07 de fevereiro de 2015.
- MOTA, André. Entre o curso tradicional e o curso experimental da Faculdade de Medicina-USP: a experiência da pedagoga Maria Cecília Ferro Donnangelo, 1968-1976. **Educar em Revista**. N. 54, p. 159-172. 2014.
- MOTA, André. **Tropeços da medicina bandeirante**: medicina paulista entre 1892-1920. São Paulo: EDUSP, 2005.

MOTA, André; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; RIZZO, Marcia. **O restauro, o retrato: os diretores da Faculdade de Medicina** (1912-2013). Catálogo de exposição do Museu Histórico “Carlos da Silva Lacaz” da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 2013.

MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S. M. C. **O discurso da excelência em solo paulista:** marchas e contramarchas na criação e instalação do Hospital das Clínicas (1916-1950). In: _ MOTT, M. L.; SANGALARD, G. (orgs). **História da saúde em São Paulo:** instituições e patrimônios arquitetônicos (1808- 1958). São Paulo: Manole, 2011.

MOTA, André; MARINHO, Maria Gabriela S.M.C. **A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo:** os primeiros tempos de sua criação 1912-1950. Disponível em <http://www.fm.usp.br/site/Historico>. Acesso em 07 de fevereiro de 2015.

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista em 1930. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. v. 16, n. 2, p. 345-360. 2009.

MOTA, André; TARELOW, Gustavo Querodia. **O Hospital das Clínicas de São Paulo e a “política da boa vizinhança” norte-americana**, 1938-1944. In: _ MARINHO, Maria Gabriela Silva Martins da Cunha; MOTA, André (orgs). **Caminhos e trajetos da filantropia científica em São Paulo:** a Fundação Rockefeller e suas articulações no ensino, pesquisa e assistência para medicina e saúde (1916-1952). São Paulo: Casa de Soluções e Editora, 2013. p. 57-78

MOTTA, Rodrigo Patto Sá. **As universidades e o regime militar:** cultura política brasileira e modernização autoritária. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

MOUFFE, Chantal. **Identidade democrática e política pluralista**. In: _ MENDES, Cândido (org); SOARES, Luiz Eduardo (ed). **Pluralismo cultural, identidade e globalização**. Rio de Janeiro: Record, 2001. p. 410-430.

MUNIZ, Ricardo (editor). Histórias de ensino superior: Relatório Flexner - Análise do ensino médico pela Fundação Carnegie faz um século. **Ensino Superior – Unicamp**. v. 1, n. 1, p. 65-76, 2010. Disponível em http://www.gr.unicamp.br/ceav/revistaensinosuperior/ed01_mai2010/index.php. Acesso em 10 de dezembro de 2013.

NADAI, Elza. **Ideologia do progresso e do ensino superior** (São Paulo 1891-1934). São Paulo: Loyola, 1987.

NAVA, Pedro. **Capítulos da história da medicina no Brasil**. Cotia: Ateliê Editorial; Londrina: Edue; São Paulo: Oficina do Livro, 2003.

NETTO, José Paulo. **Pequena história da ditadura brasileira** (1964-1985). São Paulo: Cortez, 2014.

NEVES, Joana. **Renovação educacional e desenvolvimento econômico:** o curso vocacional em São Paulo – uma questão política. Anais do XXVI Simpósio Nacional de História, julho de 2011. São Paulo: ANPUH.

NOGUEIRA, Maria Inês. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. **Rev. Bras. Ed. Med.** V. 33, n. 2, p. 262-270, 2009.

NOGUEIRA, Maria Inês. **Racionalidade médica e formação em saúde:** um caminho para a integralidade. In: _ PINHEIRO, Roseni; SILVA JR, Aluísio Gomes. (orgs). **Por uma sociedade cuidadora**. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ, 2010. P. 1-17.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Do físico ao médico moderno:** a formação social da prática médica. São Paulo: Editora UNESP, 2007.

NORA, Pierre. Entre história e memória: a problemática dos lugares. **Revista Projeto História**. São Paulo, v. 10, p. 7-28, 1993.

OLIVEIRA, Gilson Saippa; KOIFMANN, Lilian. **Integralidade do currículo de medicina**. In: _ MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Correa de (orgs). **Educação médica em transformação:** instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. P. 143-164.

OLIVEIRA, Neilton Araújo de et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Rev. Bras. Ed. Med.** V. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; Da ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Rev. Bras. Educ. Med.** v. 32, n. 4, p. 492-9, 2008.

PASSOS, Lourizete Ferragut; FERREIRA, Viviane Lovatti; MATTE, Cecília Hanna. **Escola experimental da Lapa: a cultura material revelando uma experiência curricular renovadora.** VIII Congresso Brasileiro de História da Educação, 20 a 23 de maio de 2013. Cuiabá: Sociedade Brasileira de História da Educação. Disponível em <http://sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe7>. Acesso em 15 de setembro de 2014.

PENTEADO, Claudio. **Do Juramento de Hipócrates a Hipocrisia dos médicos no caso “Mais Médicos”.** Disponível em <http://gepoliticsufabc.wordpress.com/2013/08/27/do-juramento-de-hipocrates-a-hipocrisia-dos-medicos-no-caso-mais-medicos/>. Acesso em 10 de janeiro de 2014.

PERIM, Gianna Lepre et al. A avaliação institucional no curso de medicina da Universidade de Londrina: uma experiência inovadora. **Rev. Bras. Ed. Med.** v. 32, n. 2, p. 217 – 229, 2008.

PIMENTA, Selma Garrido. **O pedagogo na escola pública.** 4ed. São Paulo: Loyola, 2002.

POPKEWITZ, Thomas S. **História do currículo, regulação social e poder.** In: _ SILVA, Tomás Tadeu da (org). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos.** 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1999 (Coleção Ciências Sociais da Educação). p. 173-209.

POPKEWITZ, Thomaz. **Reforma educacional: uma política sociológica - poder e conhecimento.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. P. 148-155.

PORTELLI, Alessandro. O que faz a história oral diferente. **Proj. Hist.** v. 14, p. 25-39, 1997.

POTER, Roy. **História ilustrada da medicina.** Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p. 154-201.

PUCCINI, Rosana Fiorini; SAMPAIO, Lucia de Oliveira; BATISTA, Nildo Alves (orgs.). **A Formação Médica na Unifesp: excelência e compromisso social.** São Paulo: Editora UNIFESP, 2008.

RAMOS, Jairo. **Alípio Correa Netto.** Capítulo de São Paulo do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Disponível <http://www.cbccsp.org.br/cbc/?pagecbc=dir01>. Acesso em 10 de outubro de 2014.

RAW, Isaias. Reformulação do ensino médico: Faculdade de Medicina e a USP. **Revista USP.** n. 20, p. 131-137, 1994.

REZENDE, Joffre Marcondes de. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina.** São Paulo: Unifesp, 2009. p. 31-48.

RICOEUR, Paul. **A memória, a história o esquecimento.** Campinas: Editora da Unicamp, 2007.

ROCKWELL, Elsie. **La experiencia etnográfica: historia y cultura de los procesos educativos.** Buenos Aires: Paidós, 2011. (Colección Voces de la Educación)

ROS, Marco Aurélio da. **A ideologia nos cursos de medicina.** In: _ MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAUJO, José Guido Corrêa de (orgs). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: Hucitec, 2004. p. 224-244.

SALIBA, Elias Thomé. **Pequena história do documento: aventuras modernas e desventuras pós-modernas.** In: _ PINSKY, Carla Bassanezi; LUCA, Tania Regina (orgs). **O historiador e suas fontes.** São Paulo: Contexto, 2009. P. 309-328.

SALLES, Pedro. **História da Medicina no Brasil.** Belo Horizonte: G. Holman, 1971.

SÁ-SILVA, Jackson Ronie; ALMEIDA, Cristóvão Domingues; GUINDANI, Joel Felipe. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Rev. Bras. Hist. Cien. Soc.** v. 1, n. 1, 2009, p. 1-15.

SAVIANI, Demerval. **História das ideias pedagógicas no Brasil.** 2 ed. Campinas: Autores Associados, 2008.

SCHRAIBER, Lília Blima. **O médico e seu trabalho.** São Paulo: Hucitec. 1993.

SCHRAIBER, Lília Blima. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Hucitec, 2008.

SHOZO, Motoyama (org). **USP 70 anos: imagens de uma história vivida.** São Paulo: EDUSP, 2006.

SIGUETA, Eros. A seleção de recursos humanos e a contribuição da Fundação Carlos Chagas: uma perspectiva histórica. **Educação & Seleção**. N. 11, p. 35-54. 1985.

SILVA MELLO, A. **Problemas no ensino médico e de educação**. Rio de Janeiro: Ariel, 1937. Prefácio de Gilberto Freyre.

SILVA, Irani Ferreira da. **Dicotomia básico-profissional no ensino superior em saúde**: dilemas e perspectivas. In: BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena Souza da Silva (orgs). **Docência em saúde**: temas e experiências. São Paulo: Editora Senac, 2004. P. 135-152.

SILVA, Márcia Regina Barros da. **O mundo transformado em laboratório**: ensino médico e produção do conhecimento em São Paulo de 1891 a 1933. Tese de Doutorado (Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas) apresentada a USP, São Paulo, 2003.

SILVA, Marcia Regina Barros. O ensino médico em São Paulo e a criação da Escola Paulista de Medicina. **História, Ciências, Saúde- Manguinhos**. v. 8, n. 3, p. 543-68, 2001.

SILVA, Pedro Dias et al. Notas para a memória histórica da Faculdade de Medicina de São Paulo. **Annaes da Faculdade de Medicina de São Paulo**. v. 1, p. 1-77, 1926

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Apresentação**. In: _ GOODSON, Ivor F. **Currículo**: teoria e história. 11 ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p. 7-13.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Currículo como fetiche**: a poética e a política do texto curricular. 1ed, 3 reimp. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. 3ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Os novos mapas culturais e o lugar do currículo numa paisagem pós-moderna**. In: _ SILVA, Tomaz Tadeu da; MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa. **Territórios contestados**: o currículo e os novos mapas políticos e culturais. 6ed. Petrópolis: Vozes, 2004. p. 184-202.

SILVA, Tomás Tadeu. **Currículo e identidade social**: territórios contestados. In: _ SILVA, Tomás Tadeu (org). **Alienígenas na sala de aula**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

SOUZA, Ruy Guilherme Silveira de. **Estratégia de mobilização para as transformações curriculares**. In: _ MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio (orgs). **Educação médica**: gestão, cuidado, avaliação. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABEM, 2011. P. 67-82.

STELLA, Regina Celes de Rosa; BATISTA, Nildo Alves. **Interiorização do trabalho médico e formação profissional**. In: _ MARINS, João José Neves; REGO, Sérgio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAUJO, José Guido Corrêa de (orgs). **Educação médica em transformação**: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 324-345.

TAVANO, Patricia Teixeira. **Onde a morte se compraz em auxiliar a vida**: A trajetória da disciplina de Anatomia Humana no currículo médico da primeira Faculdade oficial de Medicina de São Paulo – o período de Renato Locchi (1937-1955). Dissertação de Mestrado (Faculdade de Educação) apresentada a USP, São Paulo, 2011.

TESSER, Charles Dalcanale; LUZ, Madel Therezinha. Racionalidades médicas e integralidade. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 13, n. 1, p. 195 – 206. 2008.

TORRES, Wagner Nóbrega; DIAS, Rosanne Evangelista. **Comunidades epistêmicas nas políticas de currículo em EJA**. In: _ LOPES, Alice Casimiro; DIAS, Rosanne Evangelista; ABREU, Rozana Gomes de (orgs). **Discursos nas políticas de currículo**. Rio de Janeiro: Quartet, Faperj, 2011. p. 205-223.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. **Fundo para a construção da Cidade Universitária “Armando Salles de Oliveira”** – Relatório Geral 1959-1963. Mimeo. 1963, 49p.

VEIGA NETO, Alfredo. **Currículo e história**: uma conexão radical. In: _ COSTA, Marisa Vorraber (org). **O currículo nos limiares do contemporâneo**. 3ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 93-104.

VEIGA-NETO, Alfredo. Cultura e currículo. **Contrapontos**. v. 2, n. 4, p. 43-51, 2002a.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Currículo e interdisciplinariedade**. In: _ MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa (org). **Currículo**: questões atuais. 18ed. Campinas: Papirus, 2011. p. 59-101.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Delírios avaliatórios**: o currículo desvia para a direita ou um farol para o currículo. In: _ FAVACHO, André Márcio Picanço; PACHECO, José Augusto; SALES, Shirlei Rezende (orgs). **Currículo, conhecimento e avaliação**: divergências e tensões. Curitiba: CRV, 2013. p. 155-176.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Espaço e currículo**. In:_ LOPES, Alice Casimiro; MACEDO, Elizabeth (orgs). **Disciplinas e integração curricular**: histórias e políticas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002b. p. 201-220.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Novas geometrias para o currículo e processos identitários**. In:_ MOREIRA, Antonio Flávio Barbosa Moreira; PACHECO, José Augusto; MACEDO, Elizabeth; CASIMIRO, Maria Alice (orgs). O currículo e produção de identidades. Actas do V Colóquio sobre questões curriculares. Centro de investigação em Psicologia, Universidade do Minho, 02 a 04 de junho de 2002c. P. 13-31.

VIDAL, Diana Gonçalves. A fonte oral e a pesquisa em História da Educação: algumas considerações. **Educação em Revista**, n. 27, p. 7-16, 1998.

VIEIRA, Letícia; DALLABRIDA, Norberto; STEINDEL, Gisela Eggert. **Uma análise acerca das classes experimentais do ensino secundário paulista (1955-1964)**. Anais do VIII Colóquio “Ensino médio, história e cidadania”, 02 a 04 de outubro de 2013. Florianópolis: UDESC/FAED. Disponível em <http://www.revistas.udesc.br/index.php/EnsinoMedio/index>. Acesso em 15 de setembro de 2014.

VIÑAO FRAGO, Antonio. **Do espaço escolar e da escola como lugar**: propostas e questões. In:_ VIÑAO FRAGO, Antonio; ESCOLANO, Agustín. **Currículo, espaço e subjetividade**: a arquitetura como programa. 2ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. p. 60-139.

WARDE, Mirian Jorge. **O colégio de aplicação da Universidade de São Paulo**. In:_ GARCIA, Walter Esteves. **Inovação educacional no Brasil**: problemas e perspectivas. São Paulo: Cortez, Autores Associados, 1988. P. 101-131.

YOUNG, Michael F. D. **O currículo do futuro**: da nova sociologia da educação a uma teoria crítica do aprendizado. Campinas: Papirus, 2000 (Coleção Magistério: formação e trabalho pedagógico).

LEGISLAÇÃO

BRASIL. Decisão nº 2 de 18 de fevereiro de 1808. Estabelece a criação da Escola de Cirurgia da Bahia. Disponível em versão digitalizada do Índice das Decisões de 1808 pela Câmara dos Deputados em http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/conteudo/Colecoes/Legislacao/Legimp-A2_2.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2009.

BRASIL. Decreto de 01 de abril de 1813 Aprova o Plano de Estudos de Cirurgia para que sirva de estatuto do ensino médico enquanto não se dão outras providências. Disponível em versão digitalizada da Coleção de Leis do Império do Brasil de 1813 em http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/conteudo/Colecoes/Legislacao/Legimp-C_23.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2009.

BRASIL. Decreto de 02 de Abril de 1808. Estabelece uma cadeira de Anatomia no Hospital e nomeia a Joaquim da Rocha Mazarém, Lente da nova Cadeira de Anatomia. Disponível em versão digitalizada do Índice das Decisões de 1808 em http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/conteudo/Colecoes/Legislacao/Legimp-A1_5.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2009.

BRASIL. Decreto nº 1.482, de 24 de Julho de 1893 - Aprova o regulamento para as Faculdades de Medicina da Republica. <http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-1482-24-julho-1893-519353-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 20 de dezembro de 2013.

BRASIL. Decreto nº 1270 de 10 de janeiro de 1891. Estatutos das Faculdades de Medicina e de Farmácia dos Estados Unidos do Brasil. Texto integral digitalizado disponível para consulta em <http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/novoconteudo/Legislacao/Republica/LeisOcerizadas/1891dgp-jan.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2009.

BRASIL. Decreto nº 1387 de 28 de abril de 1854. Dá novos estatutos às Escolas de Medicina. Disponível em versão digitalizada da Collecção de Leis do Império do Brasil de 1854, tomo XVII, parte II em

<http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/1854%20pronto/leis%201854/decreto%20n%201387%20E01387-pg12-p24.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2009.

BRASIL. Decreto nº 1482 de 24 de julho de 1893. Aprova o regulamento para as Faculdades de Medicina da Republica. Texto integral digitalizado disponível para consulta em <http://www2.camara.gov.br/internet/legislacao/legin.html/textos/visualizarTexto.html?ideNorma=519353&seqTexto=1&PalavrasDestaque=>. Acesso em 25 de outubro de 2009.

BRASIL. Decreto nº 34 de 16 de setembro de 1834. Provê aos lentes o título de doutor. Disponível em versão digitalizada da Coleção de Leis do Império do Brasil de 1834 em http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/Legimp-19/Legimp-19_5.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2009.

BRASIL. Decreto nº 53.642 de 28 de Fevereiro de 1964. Dispõe sobre a duplicação de matrículas no primeiro ano das escolas superiores. Disponível em versão digitalizada pela Câmara dos Deputados em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1960-1969/decreto-53642-28-fevereiro-1964-393724-publicacaooriginal-1-pe.html>. Acesso em 28 de março de 2015.

BRASIL. Decreto nº 7247 de 19 de abril de 1879. Reforma o ensino primário e secundário no município da Corte e o superior em todo o Império. Texto integral digitalizado disponível para consulta em http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/fontes_escritas/3_Imperio/artigo_009.html. Acesso em 25 de outubro de 2009.

BRASIL. Decreto nº 8.659 de 5 de Abril de 1911. Aprova a lei Organica do Ensino Superior e do Fundamental na Republica. Disponível em versão digitalizada do Índice das Decisões de 1808 pela Câmara dos Deputados em <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1910-1919/decreto-8659-5-abril-1911-517247-norma-pe.html>. Acesso em 05 de dezembro de 2013.

BRASIL. Lei de 03 de outubro de 1832. Dá nova organização às atuais Academias Médico-Cirúrgicas das cidades do Rio de Janeiro e Bahia. Disponível em versão digitalizada da Coleção de Leis do Império do Brasil de 1832 em http://www.camara.gov.br/Internet/InfDoc/conteudo/colecoes/Legislacao/legimp-15/Legimp-15_10.pdf. Acesso em 25 de outubro de 2009.

BRASIL. Lei nº 12871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6932 de 07 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Out/23/lei_n12_871_221013.pdf. Acesso em 08 de novembro de 2013.

BRASIL. Lei nº 4.024 de 20 de dezembro de 1961. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em versão digitalizada em http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L4024.htm. Acesso em 15 de abril de 2015.

BRASIL. Lei nº 5540 de 28 de novembro de 1968 – Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Reforma Universitária: coleção de Leis, Decretos-leis, Decretos, Portarias, Pareceres, Resoluções. Governo Costa e Silva, 1968-1969.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em 20 de dezembro de 2013.

BRASIL. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>. Acesso em 20 de outubro de 2013.

BRASIL. Medida Provisória nº 621, de 08 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Diário Oficial da União de 09 de julho de 2013, nº 130, seção 1. Disponível em http://189.28.128.100/maismedicos/mp621_maismedicos_.pdf. Acesso em 08 de novembro de 2013.

BRASIL. Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>. Acesso em 10 de outubro de 2013.

BRASILIA. RESOLUÇÃO CFM Nº 2.068 de 13 de dezembro de 2013. Dispõe sobre a nova redação do ANEXO I da Resolução CFM nº 2.005/12, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades

médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM).

SÃO PAULO. Decreto nº 2344 de 31 de janeiro de 1913. Aprova o regulamento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Collecção de Leis, Decretos e Resoluções do Estado de São Paulo

SÃO PAULO. Decreto nº 3874 de 11 de julho de 1925. Reorganiza a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e dá outras providências. Collecção de Leis, Decretos e Resoluções do Estado de São Paulo

SÃO PAULO. Decreto nº 5351 de 16 de janeiro de 1932. Reorganiza o ensino da Faculdade de Medicina de São Paulo. Collecção de Leis, Decretos e Resoluções do Estado de São Paulo.

SÃO PAULO. Decreto nº 6283, de 25 de janeiro de 1934. Cria a Universidade de São Paulo e dá outras providências. Collecção de Leis, Decretos e Resoluções do Estado de São Paulo

SÃO PAULO. Decreto nº 7065 de 06 de abril de 1935 – Aprova o Regulamento da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Collecção de Leis, Decretos e Resoluções do Estado de São Paulo.

SÃO PAULO. Lei nº 1357 de 19 de dezembro de 1912. Estabelece o curso da Escola de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Collecção de Leis, Decretos e Resoluções do Estado de São Paulo.

SÃO PAULO. Lei nº 19 de 24 de novembro de 1891. Cria a Academia de Medicina, Cirurgia e Farmácia na capital do Estado. Collecção de Leis, Decretos e Resoluções do Estado de São Paulo.

SÃO PAULO. Lei nº 2016 de 26 de dezembro de 1924. Modifica a lei e regulamento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. Collecção de Leis, Decretos e Resoluções do Estado de São Paulo.

ACERVOS

Acervo do Museu Histórico “Professor Carlos da Silva Lacaz” da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Fax-símile do comunicado do secretário da Associação. 1p. March 13, 1951.

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. Foreign medical school: a compendium of information concerning foreign medical school and the status of foreign medical credentials in United States. 8p. November 1, 1955.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. volume 6, dezembro de 1958 a fevereiro de 1964.

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Atas da Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. volume 7, março de 1965 a março de 1969.

MAACK, Thomas. Casa de Arnaldo: circa 1964 – considerações pessoais sobre a repressão interna na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no ano do golpe militar. Manuscrito comentado por Carlos da Silva Lacaz. 41p. s/d. [1991]

MACHADO, Marcello Marcondes. Curso Experimental de Medicina. 44p. 2012.

MEIRA, João Alves. Relatório sucinto das atividades didáticas e científicas decorridas no ano de 1969, do diretor da Faculdade aos professores membros da Congregação. Janeiro de 1970.

RAW, Isaias. Um cientista bom de briga: uma autobiografia. 198p. 2012.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Fusão dos cursos Tradicional e Experimental da Faculdade de Medicina. 134p. 1976.

Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Programas de curso aprovados pela Congregação da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. 1938-1939; 1948; 1950-1955.

Acervo Digital do periódico “O Estado de São Paulo”

Acervo disponível em <http://acervo.estadao.com.br/>. Acesso em 12 de setembro de 2014

Reforma do ensino médico por Irany Novah de Moraes. Coluna Atualidade Científica. 21 de maio de 1967, p. 26.

Medicina vai abrir reforma. 24 de janeiro de 1968, p. 12.

CESCEM apela aos candidatos. 04 de fevereiro de 1968, p. 28.

Na verdade, curso todo leva 8 anos. 11 de setembro de 1969, p. 22.

Medicina da Universidade de São Paulo unirá áreas. 05 de outubro de 1974, p. 12.

Universidade de São Paulo terá hospital diferente/Realidade social é ênfase do novo ensino médico. 01 de setembro de 1974, p. 39.

Medicina mantém as reprovações apesar de liminar. 18 de janeiro de 1977, p. 22.

Acervo Digital do periódico “Folha de São Paulo”

Acervo disponível em <http://acervo.folha.com.br/>. Acesso em 12 de setembro de 2014

Mais 50 vagas para a medicina. 1º caderno. 22 de janeiro de 1968, p. 4.

Vagas do Curso Médico serão preenchidas por voluntários. 1º caderno. 25 de janeiro de 1968, p. 8.

Governo já tem projeto pronto para novo HC. 08 de abril de 1969, p. 13.

Medicina: estudantes preocupados. Caderno Educação. 20 de setembro de 1975, p. 13.

Curso Experimental forma última turma. 3º caderno. 05 de outubro de 1980, p. 28.

Arquivo Privado

MARCONDES, Eduardo. Análise comparativa das características e eficiência dos cursos tradicional e experimental de medicina da Universidade de São Paulo. 10p. s/d [1973]

[CODCEM]. Programação do Maxi-Fórum. 17p. 10 de novembro de 1973

[CODCEM]. Conclusões e Recomendações do Maxi-Fórum. 23p. 10 de novembro de 1973

CAOC (Centro Acadêmico Oswaldo Cruz). Maxi-Fórum: entrevista, horário, comentário. 10p. s/d [1973].

APÊNDICE A – FORMULÁRIO ON-LINE

Pesquisa: coexistência dos Cursos Tradicional e Experimental de Medicina

Prezado Antigo Aluno da FMUSP

Sou doutoranda na Faculdade de Educação da USP onde, sob orientação da Profa. Maria Isabel de Almeida, desenvolvo a pesquisa com título provisório "Currículo médico na FMUSP: o impacto da Reforma de 1968 no constructo curricular".

Venho pedir seu auxílio preenchendo o formulário anexo quanto à coexistência dos Cursos Tradicional e Experimental de Medicina e as intermediações políticas dadas pelo regime vigente no período estudado.

Sua participação é anônima e os dados aqui gerados não podem ser visualizados em vinculação ao seu e-mail.

Agradeço imenso sua disponibilidade em receber este pedido e espero poder contar com seu auxílio.

Att,

Patricia Teixeira Tavano

1. Curso Realizado	
Tradicional	Experimental
2. Ingresso em	
1968	1973
1969	1974
1970	1975
1971	Outros
1972	
3. Conclusão em	
1973	1978
1974	1979
1975	1980
1976	Outro
1977	
4. Primeira escolha no vestibular	
Curso Tradicional da FMUSP	Santa Casa
Curso Experimental da FMUSP	Ribeirão Preto
Medicina na FMUSP	Escola Paulista de Medicina
Botucatu	Outras
5. Segunda escolha no vestibular	
Curso Tradicional da FMUSP	Ribeirão Preto
Curso Experimental da FMUSP	Escola Paulista de Medicina
Medicina na FMUSP	Não Recordo
Botucatu	Outras
Santa Casa	
6. Terceira escolha no vestibular	
Curso Tradicional da FMUSP	Ribeirão Preto
Curso Experimental da FMUSP	Escola Paulista de Medicina
Medicina na FMUSP	Não Recordo
Botucatu	Outras
Santa Casa	
7. Classificação no vestibular	
1° a 25°	126° a 150°
26° a 50°	151° a 175°
51° a 75°	176° a 200°
76° a 100°	Não recordo
101° a 125°	

8. Participação na vida acadêmica

Representação Discente em Órgão Colegiado (Congregação, Conselhos, outros)
Integrante da Diretoria do CAOC
Integrante da Diretoria da Atlética
Representante discente no CODCEM
Não se Aplica
Other:

9. Interferência da situação política do país no decorrer do curso

Cassação de professores
Alteração no currículo
Privação de liberdade
Desaparecimento de colegas da FMUSP
Desaparecimento de colegas da Cidade Universitária
Ocupação dos espaços da FMUSP pelo Regime
Ocupação dos espaços da Cidade Universitária pelo Regime
Censura
Restrição de acesso às dependências da FMUSP
Restrição de acesso às dependências da Cidade Universitária
Clima de terror e opressão de ideias e ideais
Não se Aplica
Other:

10. Participação na militância política

Filiação partidária de oposição ao Regime
Filiação partidária de apoio ao Regime
Associação à Organização Política de oposição ao Regime
Associação à Organização Política de apoio ao Regime
Não se Aplica
Other:

11. Campo de Atuação

Administração em Saúde	Diagnóstico
Assessoria	Docência
Cirurgia	Pesquisa
Clínica	Other:
Consultoria	

12. Especialidade - Ciências Básicas

Não se Aplica	Fisiologia
Anatomia	Imunologia
Biofísica	Microbiologia
Biologia Celular	Parasitologia
Bioquímica	Patologia
Farmacologia	Outros

13. Especialidade - Clínica

Não de Aplica	Medicina do Trabalho
Acupuntura	Medicina de Tráfego
Alergia e Imunologia	Medicina Esportiva
Angiologia	Medicina Física e Reabilitação
Cancerologia	Medicina Intensiva
Cardiologia	Medicina Legal
Clínica Médica	Medicina Nuclear
Coloproctologia	Medicina Preventiva e Social
Dermatologia	Nefrologia
Endocrinologia	Neurologia
Gastroenterologia	Nutrologia
Genética Médica	Oftalmologia
Geriatria	Ortopedia e Traumatologia
Ginecologia e Obstetrícia	Otorrinolaringologia
Hematologia e Hemoterapia	Patologia
Homeopatia	Patologia Clínica/Medicina Laboratorial
Infectologia	Pediatria
Mastologia	Pneumologia
Medicina de Família e Comunidade	Psiquiatria

Radiologia e Diagnóstico por Imagem
Radioterapia
Reumatologia

Reprodução Humana
Urologia
Outros

14. Especialidade - Cirurgia

Não de Aplica
Anestesiologia
Angiorradiologia e Cirurgia Endovascular
Cirurgia Cardiovascular
Cirurgia Crânio-Maxilo-Facial
Cirurgia da Coluna
Cirurgia da Mão
Cirurgia de Cabeça e Pescoço
Cirurgia Dermatológica
Cirurgia do Aparelho Digestivo
Cirurgia do Trauma
Cirurgia Geral

Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cirurgia Torácica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Videolaparoscópica
Endoscopia
Oftalmologia
Neurocirurgia
Urologia
Outros

15. Locais de atuação

HC / USP e Complexo
HU / USP
FMUSP
Clínica
Consultório
Organizações Não-Governamentais
Hospital
Faculdades e Universidades

Agências de Fomento à Pesquisa
Repartições e Instâncias Governamentais
Laboratório Citopatológico
Diagnóstico por Imagem
UBS
Institutos de Pesquisa
Other:

16. Tipo do Local de Atuação

Público
Particular
Plano de Saúde
Filantrópico
Confessional
Autarquia
Other:

APÊNDICE B - EIXOS DE DISCUSSÃO PARA ENTREVISTA

1. Sobre a criação e instalação do CEM:
 - A comunidade médica-uspiana tinha conhecimento de mudanças no ensino superior que levariam à criação dos Institutos de Ciências e ao final do regime de cátedras?
 - Como a Congregação é convencida a aprovar a instalação do CEM?
 - Qual era a relação das chamadas ciências básicas com a filosofia proposta? Como essas ciências duras foram consultadas e contempladas na organização vertical dos conhecimentos integrados em blocos?
 - De que maneira os órgãos colegiados favoreceram / dificultaram a instalação, manutenção e extinção do CEM?
 - Qual a ação de professores do CEM e do CTM junto à Congregação, aos alunos, aos professores? No fórum privado de suas cátedras e laboratórios?
 - O CEM era reconhecido em sua existência: pela FMUSP, pela USP, por outras faculdades de medicina?
2. Sobre o contexto político-social:
 - De que maneira a especificidade do contexto político-social da época se embrenhou no cotidiano da vida acadêmica?
 - Como eram as manifestações veladas e as formas de resistência não-explícitas ao sistema autoritário?
 - Este contexto teve relação com a criação, manutenção e extinção do CEM?
 - Como a Reforma de 1968 foi percebida, entendida, sentida pelos alunos?
 - O CEM sentiu essa Reforma de que maneira?
 - A cassação e aposentadoria compulsórias de alguns professores impactaram os dois cursos em que medida? Foi um impacto significativo para o CEM?
 - O que mudou no cotidiano do CEM?
3. Sobre o ingresso dos alunos:
 - Como era realizada a seleção de alunos?
 - Era opção já no momento de inscrição no vestibular? Ou no início das aulas?
 - Como os candidatos ficavam sabendo da existência de dois cursos e das características de cada um deles para escolherem?
 - Qual era o papel e ação do CESCEM?
4. Sobre a prescrição curricular:
 - Como foi pensada a estrutura curricular do CEM? Quais as bases teórico-metodológicas para esta fundamentação?
 - Como eram estabelecidos os conteúdos previstos e necessários para cada bloco e as sequências de ensino?
 - Quais os métodos de ensino utilizados correntemente? Havia algum indicativo de métodos específicos para o curso?
 - Qual a relação entre conteúdos mais cristalizados da área médica, que trazem seus métodos e avaliações também cristalizados, e a proposta distinta e distintiva do CEM?
 - E o ensino das clínicas? Como se dava já que a perspectiva era de que o aluno chegasse à clínica com uma forma de pensar a medicina/homem/ciência integrada?
 - Como se davam as avaliações do aprendizado? Cada bloco tinha uma avaliação? De que natureza?
 - Os alunos eram avaliados individualmente, coletivamente, misto?
 - Como os professores e alunos lidavam com a perspectiva de avaliar em bloco?
 - Havia consensos quanto ao percurso avaliador?
5. Sobre a avaliação do curso:
 - O que eram os Fóruns de debate? Eles se realizavam ao final de cada bloco tinham por objetivo principal a avaliação do curso e não do aluno?
 - Quem coordenava, como se organizavam, como os alunos eram chamados a participar e como era lhes dada a voz e ação de participação?
 - Havia reflexo das discussões nos blocos subsequentes?
6. Sobre o corpo docente:
 - Como foram selecionados os professores e os coordenadores?
 - Os coordenadores de blocos eram professores da FMUSP, mas os professores não necessariamente?
 - Qual a relação dos estudantes com esses professores que não eram parte da Instituição, visto que a sensação de pertença ao grupo é parte da tradição da medicina?
 - Como esses professores eram integrados à Faculdade? Eles eram aceitos de fato como professores pelos catedráticos?
 - Qual a relação destes coordenadores e professores com o curso Tradicional e com a estrutura burocrática tradicional da FMUSP?

- Havia mais de um professor por bloco, carecendo de coordenação das ações através da figura do coordenador de bloco. Qual era a relação real entre esses professores e seus métodos e conteúdos?
 - Qual a relação dos professores específicos do CEM com as disputas de espaços e tempos diante do CTM?
7. Sobre a administração do CEM:
- Qual a relação do CODCEM com a Congregação e outros órgãos colegiados da Faculdade?
 - Como eram escolhidos os coordenadores de: Área, Semestre, Conjunto de disciplinas?
 - Quais as articulações necessárias para que o CODCEM se mantivesse à frente do CEM por todo o período de sua existência?
 - Como era a convivência com representantes não-médicos?
8. Sobre os espaços, lugares, territórios, cotidianos:
- Com a proposta de formação de médico da comunidade explicitada pelo Experimental, o curso carece de uma estrutura diferenciada para a formação, daí a necessidade de construção de uma estrutura clínico-hospitalar-laboratorial integrada e multidisciplinar, mas que não é completada a tempo de ser implementada para uso do Experimental.
 - Dado que o HC trazia a perspectiva curativa clínica tecnológica, como foi contemplada na estrutura do HC a realização da formação prática dos alunos do Experimental?
 - Como aconteceram os estágios e em quais locais (além do HC)?
 - Quem eram os supervisores e como os alunos eram recebidos pelos trabalhadores dos locais e alunos do Tradicional tendo uma perspectiva de ação e inserção profissional distinta e distinguida?
 - Dada à formação integrada, percebiam diferença de atuação prática com os colegas do curso Tradicional? Havia sinalização dos profissionais dos campos de estágio nesse sentido?
 - A co-existência dos cursos CEM e CTM se dava em que espaços e em que bases?
 - Os espaços de convivência no CAOC/ Atlética / Show da Medicina situados na Dr Arnaldo eram comumente ocupados pelos dois cursos?
 - Como era a relação de proporcionalidade dos alunos nos órgãos representativos: a diretoria do CAOC era mista? Havia dois representantes na Congregação, um para cada curso?
 - Os alunos do Tradicional frequentavam os espaços do Experimental na Cidade Universitária?
 - Os cursos eram entendidos pela comunidade uspiana de qual forma: complementares? Opostos? Um mais importante que o outro?
 - Como se davam as atividades cotidianas do curso? Onde e como as aulas teóricas e laboratoriais aconteciam?
 - Como os alunos eram distribuídos e organizados para a ocupação dos espaços?
 - Estes espaços ficavam disponíveis para uso dos estudantes nos períodos que não eram utilizados para aulas?
 - Qual a relação entre o espaço de um “barracão” na Cidade Universitária contra um espaço suntuoso na Av. Dr. Arnaldo?
 - Os laboratórios foram duplicados? Havia 2 laboratórios de anatomia, de histologia, etc, e cada um montado especificamente para cada curso?
9. Qual o ponto/aspecto/característica mais sensível do CEM?

ANEXO I – TERMO DE CONSENTIMENTO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Concordo em participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada **“Currículo médico na FMUSP: o impacto da Reforma de 1968 no constructo curricular”**, que tem como pesquisadora responsável Patricia Teixeira Tavano, aluna da Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, orientada pela Profa. Dra. Maria Isabel de Almeida, as quais podem ser contatados pelos e-mails ptavano@usp.br, patricia@tavano.net, mialmei@usp.br, ou pelos telefones (11) 953982896 / 988562457. O presente trabalho tem como *objetivo geral: compreender as articulações e seleções que se entretecem na reforma do currículo médico da FMUSP frente à imposição legal da Reforma do Ensino Superior de 1968, com vistas a compreender como a comunidade curricular se debate com esta política e articula suas ações de manutenção de status e legitimidade curricular para a continuidade da posição de excelência que a FMUSP ocupa no cenário nacional das práticas médicas.* Especificamente, busca-se: a) Compreender a construção do currículo da FMUSP e as contingências propositivas da cisão/integração/reorganização da comunidade curricular expressas no Curso Experimental, buscando subsídios de análise do cenário curricular posto na coexistência de dois cursos com proposta formadora distinta; b) Analisar as contingências impositivas de mudança curricular posta em 1968 em busca de compreender como se dá a apropriação da imposição legal pelos protagonistas locais nos dois cenários de prática curricular; c) Identificar os discursos que delineiam a política governamental e suas intercorrências na construção da identidade institucional visando reconstruir o percurso e compreender as disputas territoriais; d) Compreender como essas mudanças se fazem presentes na tessitura do currículo da FMUSP para responder a um perfil profissional imposto/demandado e capaz de manter e aprimorar a excelência profissional construída e propagada. Minha participação consistirá em realizar uma entrevista sobre Currículo Médico vigente na FMUSP no período estudado. Compreendo que esse estudo possui finalidades de pesquisa e que os dados obtidos serão divulgados seguindo as diretrizes éticas da pesquisa, assegurando, assim, meu anonimato assegurando a privacidade dos sujeitos quanto aos dados envolvidos na pesquisa. Sei que posso retirar meu consentimento quando eu quiser, e que não receberei nenhum pagamento por essa participação. Tenho conhecimento que este Termo será elaborado em 2 duas vias e que uma delas ficará com o sujeito e outra com o pesquisador.

Assinatura: _____

Nome: _____

Entrevistado

Patricia Teixeira Tavano
Pesquisadora

São Paulo, _____ de _____ de 2014.

ANEXO II – MATRIZES CURRICULARES DA FACULDADE DE MEDICINA (1913-1970)

Faculdade de Medicina de São Paulo (1913)	
Physica Medica; Chimica Medica; Historia Natural Medica com desenvolvimento especial de parasitologia	Curso Preliminar
Anatomia descriptiva (1.ª parte); Physiologia (1.ª parte); Pharmacologia em materia medica.	1º ano médico
Antomia descriptiva (2.ª parte); Physiologia (2.ª parte); Histologia; Clinica dermatologica e syphiligraphica; Clinica Oche-thyne-laryagologica;	2º ano médico
Microbiologia; Anatomia e histologia pathologicas; Anatomia médico-cirurgica. Operações e aparelhos; Clinica médica (1.ª cadeira) Propedeutica; Clinica cirurgica (1.ª cadeira). Propedeutica; Clinica ophtalmologica.	3º ano médico
Pathologia geral e experimental; Therapeutica experimental e clinica. Arte de formular; Clinica médica (2.ª cadeira). Pathologia interna; Clinica cirurgica (2.ª cadeira) Pathologia externa; Clinica obstetrica; Clinica pediatria. Puericultura.	4º ano médico
Hygiene; Medicina legal; Clinica medica (3.ª cadeira). Historia da Medicina; Clinica gynecologica; Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.	5º ano médico

Fonte: Decreto nº 2344 de 31 de janeiro de 1913. Aprova o regulamento da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Faculdade de Medicina de São Paulo (1926)	
Física, Química Geral e Mineral, Biologia Geral e Parasitologia, Anatomia (parte 1).	1º ano
Química Orgânica e Biológica, Histologia e Embriologia, Fisiologia (parte 1), Anatomia (parte 2).	2º ano
Fisiologia (parte 2), Microbiologia, Farmacologia, Patologia Geral.	3º ano
Anatomia Patológica, Anatomia Médico-Cirúrgica e Medicina Operatória, Patologia Cirúrgica, Patologia Médica, Clínica Cirúrgica (1ª cadeira), Clínica Médica (1ª cadeira) e Propedêutica.	4º ano
Terapia e Arte de Formular, Higiene, Clínica Cirúrgica (2ª cadeira), Clínica Otorrinolaringológica, Clínica Oftálmica, Clínica Dermatológica e Sifilográfica.	5º ano
Medicina Legal, Clínica Médica (3ª cadeira), Clínica Pediátrica, Obstetrícia e Clínica Obstétrica; Clínica Ginecológica, Cirurgia Infantil e Ortopédica, Clínica Psiquiátrica e Neurológica, Medicina Tropical.	6º ano

Fonte: Decreto nº 3874 de 11 de julho de 1926. Aprova o Regulamento da Faculdade de Medicina de São Paulo

Faculdade de Medicina de São Paulo (1932)	
Anatomia (parte descritiva), Química Fisiológica, Parasitologia.	1º ano
Anatomia (parte topográfica), Histologia e Embriologia, Fisiologia.	2º ano
Microbiologia e Imunologia, Farmacologia, Anatomia Patológica (Patologia geral e especial).	3º ano
Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental, Física Biológica e Aplicada (Fisiodiagnóstico e Fisioterapia), Clínica Médica (Propedêutica, Laboratório Clínico e Patologia Médica), Clínica Cirúrgica (Propedêutica e Patologia Cirúrgica), Clínica Dermatológica e Sifilográfica, Clínica Otorrinolaringológica, Clínica Urológica.	4º ano
Higiene, Medicina Legal, Clínica Médica (Medicina geral e Patologia médica), Clínica Cirúrgica (Cirurgia geral e Patologia cirúrgica), Terapêutica Clínica, Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas, Clínica oftalmológica.	5º ano
Clínica Médica (Medicina geral e Patologia médica), Clínica Cirúrgica (Cirurgia geral e Patologia cirúrgica), Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica, Clínica Ortopédica e Cirurgia Infantil, Clínica Ginecológica, Clínica Psiquiátrica e Neurológica.	6º ano

Fonte: Decreto nº 5351 de 16 de janeiro de 1932 – reorganiza o ensino da Faculdade de Medicina de São Paulo.

Faculdade de Medicina de São Paulo (1950)	
Anatomia (Descritiva); Histologia e Embriologia; Química Fisiológica e Físico-Química Aplicada.	1º ano
Anatomia (Topográfica); Fisiologia.	2º ano
Anatomia Patológica; Parasitologia; Microbiologia e Imunologia; Clínica Médica.	3º ano
Anatomia Patológica (Patologia Geral e Especial 2º parte); Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental; Física Biológica e Aplicada (Fisiodiagnóstico e Fisioterapia); Clínica Médica (Propedêutica, Laboratório Clínico e Patologia Médica); Clínica Cirúrgica (Propedêutica e Patologia Cirúrgica); Clínica Dermatológica e Sifiligráfica; Farmacologia.	4º ano
Higiene - Tisiologia; Clínica Cirúrgica (Cirúrgia Geral e Patologia Cirúrgica); Terapêutica Clínica; Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas; Clínica Obstétrica e Puericultura Neo-natal; Clínica Médica (Medicina Geral e Patologia Médica); Clínica Urológica	5º ano
Medicina Legal; Clínica Médica (Medicina Geral e Patologia Médica); Clínica Oftalmológica; Clínica Pediátrica; Clínica Psiquiátrica; Clínica Neurológica; Clínica Ortopédica e Traumatológica; Clínica Ginecológica; Clínica Otorrinolaringológica; Clínica Cirúrgica (Cirurgia Geral e Patologia Cirúrgica).	6º ano

Fonte: Programas e horários do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para o ano de 1950. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

Faculdade de Medicina de São Paulo (1956)	
Anatomia (Descritiva); Histologia e Embriologia; Química Fisiológica e Físico-Química Aplicada; Fisiologia.	1º ano
Anatomia (Descritiva e Topográfica); Histologia e Embriologia; Química Fisiológica e Físico-Química Aplicada; Fisiologia; Microbiologia e Imunologia; Parasitologia.	2º ano
Anatomia (Topográfica); Anatomia Patológica (Patologia Geral); Farmacologia; Física Biológica (Fisiodiagnóstico e Fisioterapia); Clínica Médica (Propedêutica, Laboratório Clínico); Clínica Cirúrgica (Propedêutica e Patologia Cirúrgica); Clínica Dermatológica e Sifiligráfica; Clínica Otorrinolaringológica	3º ano
Anatomia Patológica (Patologia Geral e Especial); Técnica Cirúrgica e Cirurgia Experimental; Clínica Médica (Propedêutica, Medicina Geral e Patologia Médica); Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas; Clínica Cirúrgica (Cirurgia Geral e Patologia Cirúrgica); Terapêutica Clínica; Clínica Psiquiátrica; Clínica Ortopédica e Traumatológica; Clínica Urológica.	4º ano
Higiene, Medicina Preventiva e Tisiologia; Medicina Legal; Clínica Médica (Medicina Geral e Patologia Médica); Terapêutica Clínica; Física Biológica (Fisioterapia); Clínica Cirúrgica (Cirurgia Geral e Patologia Cirúrgica); Clínica Obstétrica e Puericultura Neo-natal; Clínica Neurológica; Clínica Oftalmológica; Clínica Ginecológica; Clínica Psiquiátrica.	5º ano
Clínica Dermatológica e Sifiligráfica; Clínica Neurológica; Clínica Psiquiátrica; Clínica Oftalmológica; Clínica Otorrinolaringológica; Clínica Ginecológica; Clínica Ortopédica e Traumatológica; Clínica Urológica; Medicina Legal; Física Biológica Aplicada (Fisioterapia).	6º ano

Fonte: Programas e horários do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para o ano de 1956. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

Faculdade de Medicina de São Paulo (1958)	
Anatomia (Descritiva e Topográfica); Histologia e Embriologia; Genética; Biofísica; Fisiologia; Princípios e Métodos Gerais de Estatística; Introdução ao Estudo da Medicina e da Ética Médica.	1º ano
Anatomia (Descritiva e Topográfica); Fisiologia; Histologia e Embriologia; Química Fisiológica e Físico-Química Aplicada; Microbiologia e Imunologia; Parasitologia.	2º ano
Anatomia Patológica; Farmacologia; Departamento de Clínica Médica; Departamento de Clínica Cirúrgica; Clínica Dermatológica e Sifiligráfica; Clínica Otorrinolaringológica.	3º ano
Anatomia Patológica; Departamento de Clínica Médica; Clínica de Doenças Tropicais e Infectuosas; Departamento de Clínica Cirúrgica; Clínica Psiquiátrica (Psicologia Médica e Medicina Psico-Somática); Clínica Ortopédica e Traumatológica; Clínica Urológica	4º ano
Higiene, Medicina Preventiva e Tisiologia; Medicina Legal; Departamento de Clínica Médica; Clínica Pediátrica e Puericultura; Clínica Cirúrgica (17ª cadeira); Clínica Obstétrica; Clínica Neurológica; Clínica Oftalmológica; Clínica Ginecológica; Clínica Psiquiátrica	5º ano
Estágio Hospitalar (semi-internato no Hospital das Clínicas - Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Clínica Pediátrica; Clínica Obstétrica)	6º ano

Fonte: Programas e horários do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para o ano de 1958. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

Faculdade de Medicina de São Paulo (1967)	
Anatomia Sistemática; Histologia e Embriologia; Bioquímica; Biofísica; Introdução ao Estudo da Medicina e da Ética Médica	1º ano
Anatomia Topográfica; Fisiologia; Microbiologia e Imunologia; Parasitologia; Genética.	2º ano
Anatomia Patológica; Farmacologia; Propedêutica Médica e Cirúrgica; Técnica Cirúrgica; Psicologia Médica; Patologia Médica e Cirúrgica.	3º ano
Anatomia Patológica; Clínica Médica (Doenças Endócrinas e Metabólicas e Doenças Médicas do Aparelho Renal); Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas; Clínica Cirúrgica (1ª Clínica - Patologia Cirúrgica); Clínica Psiquiátrica; Clínica Oftalmológica; Clínica Dermatológica; Clínica Otorrinolaringológica; Clínica Urológica.	4º ano
Higiene, Medicina Preventiva e Tisiologia; Medicina Legal, Medicina Social e Deontologia Médica; Clínica Pediátrica e Puericultura; Clínica Neurológica; Clínica Ortopédica e Traumatológica; Clínica Obstétrica; Clínica Neurológica; Clínica Oftalmológica; Clínica Cirúrgica (2ª Clínica); Clínica Psiquiátrica; Radiologia Clínica.	5º ano
Estágio Hospitalar - Regime de internato	6º ano

Fonte: Programas e horários do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para o ano de 1967. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

Faculdade de Medicina de São Paulo (1969)	
Anatomia (1ª parte); Histologia e Embriologia; Bioquímica e Biofísica; Introdução ao estudo da Medicina e da Ética profissional; Medicina Preventiva (Medicina Quantitativa); Genética (disciplina autônoma).	1º ano
Anatomia (Topográfica); Fisiologia; Microbiologia e Imunologia; Medicina Preventiva; Parasitologia.	2º ano
Anatomia Patológica; Farmacologia (Anestesiologia, Terapêutica Experimental); Medicina Social (Sociologia Médica); Radiologia; Clínica Médica (Propedêutica geral e patologia de coração e pulmão); Psiquiatria (Psicologia Médica); Clínica Cirúrgica (Terapêutica Cirúrgica e Cirurgia Experimental).	3º ano
Anatomia Patológica; Clínica Cirúrgica (Gastroenterologia); Farmacologia (2ª parte); Medicina Legal, Medicina Social e Deontologia Médica; Clínica Dermatológica; Clínica Médica (Endocrinologia, Metabologia e Nefrologia); Clínica Urológica; Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas; Clínica Oftalmológica; Clínica Otorrinolaringológica; Clínica Psiquiátrica; Oncologia.	4º ano
Estágio Hospitalar - Regime de internato	5º ano
Estágio Hospitalar - Regime de internato	6º ano

Fonte: Programas e horários do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para o ano de 1969. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

Faculdade de Medicina de São Paulo (1970)	
Anatomia (1ª parte); Histologia e Embriologia; Bioquímica e Biofísica; Introdução ao estudo da Medicina e da Ética profissional; Medicina Preventiva (Medicina Quantitativa); Genética (disciplina autônoma).	1º ano
Anatomia (Topográfica); Fisiologia; Microbiologia e Imunologia; Medicina Preventiva; Parasitologia.	2º ano
Anatomia Patológica; Farmacologia (Anestesiologia, Terapêutica Experimental); Medicina Social (Sociologia Médica); Radiologia; Clínica Médica (Propedêutica geral e patologia de coração e pulmão); Psiquiatria (Psicologia Médica); Clínica Cirúrgica (Terapêutica Cirúrgica e Cirurgia Experimental).	3º ano
Anatomia Patológica; Clínica Cirúrgica (Gastroenterologia); Farmacologia (2ª parte); Medicina Legal, Medicina Social e Deontologia Médica; Clínica Dermatológica; Clínica Médica (Endocrinologia, Metabologia e Nefrologia); Clínica Urológica; Clínica de Doenças Tropicais e Infecciosas; Clínica Oftalmológica; Clínica Otorrinolaringológica; Clínica Psiquiátrica; Oncologia.	4º ano
Estágio Hospitalar - Regime de internato	5º ano
Estágio Hospitalar - Regime de internato	6º ano

Fonte: Programas e horários do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para o ano de 1970. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

ANEXO III – MATRIZ DO CURSO EXPERIMENTAL DE MEDICINA

Matriz Curricular do Curso Experimental de Medicina

Etapa	Disciplina / Conjunto de Disciplinas	Carga Horária	Semestre	Ano
Curso Básico	Bioquímica	300	I	1
	Imunologia Geral	105		
	Microbiologia Geral	105		
	Anatomia Geral	60		
	Matemática	90		
	Citologia, Histologia e Embriologia Gerais	240	II	
	Fisiologia Geral	105		
	Farmacologia Geral	105		
	Métodos Quantitativos	90		
	Ciências Sociais Aplicadas	120		
	Psicologia Médica	45		
	Patologia Geral	180	III	2
"Blocos"	Sistema Locomotor	180	III	2
	Sistema Nervoso	360		
	Aparelho Digestivo	360	IV	
	Aparelho Cardio-Respiratório	360		
	Aparelho Renal	195	V	
	Sistema Endócrino, Nutrição e Aparelho Reprodutor Feminino	360		
	Sistema Hematopoiético	165		
Curso Clínico	Semiologia	90	VI	3
	Medicina Tropical (Parasitologia Clínica, Microbiologia Clínica, Imunologia Clínica, Clínica de Doenças Infecciosas e Parasitárias	375		
	Medicina Preventiva (Método Epidemiológico, Bases Demográficas de Atenção Médica, Estrutura de Atenção Médica, Introdução à Medicina Preventiva, Genética Médica)	180		
Curso Clínico	Medicina Clínica I e II (Clínica Médica, Radiologia)	720	VII e VIII	4
	Medicina Comunitária I e II (Atenção aos Adultos, Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia, Psiquiatria	480		
	Oftalmologia	45	VII	
	Otorrinolaringologia	45		
	Introdução à Cirurgia	75	VIII	
	Medicina Legal, Social e do Trabalho e Ética Médica	75		
Internato Rotativo	Cirurgia (Aparelho Digestivo, Sistema Vascular, Cirurgia Torácica, Pronto Socorro de Cirurgia, Pronto Socorro de Traumatologia	720	IX e X	5
	Obstetrícia e Pediatria Neonatal	180		
	Clínica Médica	360		
	Moléstias Infecciosas e Parasitárias	180		
	Dermatologia	180		
	Pediatria	180		
	Neurologia	180		
	Psiquiatria	180		
Internato Eletivo	Opção em Nível Institucional (FMUSP, ICB, IQ, IB, IM)	2160	XI e XII	6
	Opção em Nível de Área Profissional Geral Clínica ou Cirúrgica			
	Opção terminal e estágios complementares (apenas para optantes de Geral Clínica)			
TOTAL		9930		

Fonte: Marcondes, 1975

ANEXO IV – LISTA DE CONTEÚDOS REGISTRADOS PARA SISTEMAS LOCOMOTOR, CARDIOVASCULAR E RESPIRATÓRIO CEM E CTM

Curso Experimental de Medicina

Extraído e Adaptado de: Programas e Horários do Curso Experimental de Medicina para o 2º ano. 1970. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP.

I BLOCO – SISTEMA LOCOMOTOR (2 semanas de duração)

B) ANATOMIA

- Aparelho locomotor: generalidades sobre os ossos, músculos e articulações.
- Estudo dos ossos do esqueleto.
- Estudo das principais articulações.

NOTA: os aspectos histológicos do sistema locomotor, bem como a fisiologia da contração muscular foram estudados no 1º ano como parte dos programas de Histologia e Fisiologia Gerais.

VIII BLOCO – SISTEMA CARDIOPULMONAR (8 semanas de duração)

A) ANATOMIA

A1. Cardiovascular

- Coração e vasos da base
- Sistema da aorta
- Sistema da artéria pulmonar
- Sistema da veia cava superior
- Sistema da veia cava inferior
- Sistema das veias pulmonares
- Sistema porta-hepático
- Principais coletores linfáticos
- Grupo de linfonodos (gânglios)

A2. Respiratório

- Vias aéreas
- Pulmões e Pleuras

B) HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA

B1) Histologia do aparelho cardiovascular

- Coração. Sua histofisiologia
- Vasos sanguíneos e linfáticos. Histofisiologia dos vasos.

B2) embriologia do coração e grandes vasos. Malformações.

B3) Histologia do aparelho respiratório.

- Vias respiratórias
- Pulmão

B4) Embriologia das vias respiratórias e pulmão. Malformações.

C) FISILOGIA, FARMACOLOGIA E FISIOPATOLOGIA

C1) Cardiovascular

- Hemodinâmica e física da circulação.
- Propriedades mecânicas do coração. O ciclo cardíaco
- Propriedades elétricas do coração. O eletrocardiograma.
- A circulação arterial.
- A circulação venosa e capilar.
- Regulação da pressão arterial e débito cardíaco.

Prática

- Regulação da pressão arterial. Hemorragia.
- Manifestações elétricas associadas à função cardíaca.

C2) Respiratório

- A preparação coração-pulmão isolada
- Propriedades mecânicas do conjunto tóraco-pulmonar.
- Regulação reflexa e química da respiração.
- Trocas gasosas e pigmentos respiratórios.

Prática

- Volume e capacidades pulmonares. Complacência pulmonar.
- Regulação reflexa da respiração.
- Regulação química da respiração.

D) PATOLOGIA

- Distúrbios do desenvolvimento. Cardiopatias congênitas. Demonstração microscópica.
- Cardiopatia reumática. Demonstração macroscópica das principais lesões valvulares adquiridas.
- Perturbações circulatórias: choque, infarto do miocárdio, trombose, congestão e edema do pulmão.
- Miocardite crônica chagásica.
- Enfisema e atelectasia do pulmão.

Curso Tradicional de Medicina

Extraído e Adaptado de: Programas e Horários do Curso Tradicional de Medicina para o ano de 1969. Acervo da Assessoria Técnica Acadêmica da FMUSP

APARELHO LOCOMOTOR	
ANATOMIA (1º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ° Sistema esquelético. Funções e divisões do esqueleto. Ossos em geral: número, tipos, caracteres físicos, composição química, partes constitutivas. Particularidades da superfície dos ossos em geral. ° Arquitetura dos ossos. Perióstio. Medula óssea. ° Ossificação em geral, núcleos primários e secundários de ossificação. ° Sindesmologia. Classificação das articulações dos ossos. Constituintes comuns, classificação e movimentos fundamentais das articulações sinoviais. ° Coluna vertebral: sua conformação geral, suas curvas normais. Movimentos da coluna. Ossificação e arquitetura das vértebras. ° Tórax em geral e seus constituintes. Forma do tórax e suas variações fisiológicas. Articulações e movimentos das costelas. Esqueleto zonal do membro superior. ° Esqueleto zonal do membro inferior. Bacia em geral; articulação e movimentos da bacia. Caracteres sexuais da bacia. ° Esqueleto da cabeça; neurocrânio e viscerocrânio. Condocrânio e desmocrânio em geral. Caracteres sexuais e etários do esqueleto cefálico. ° Sistema muscular, generalidades. Músculos esqueléticos e suas partes constitutivas. Formas diversas e inserção dos músculos. Anexos dos músculos: fáscia, bolsas e bainhas sinoviais. Mecânica muscular. Ação dos músculos no indivíduo vivo.
HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA (1º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ° Tecidos cartilagosos. Histogênese. Suas variedades e histofisiologia. ° Tecido ósseo. Suas variedades e histofisiologia. Articulações. ° Ossificação. Fatores metabólicos que influenciam a ossificação. Calo ósseo e sua evolução. ° Tecido muscular liso. Histogênese e histofisiologia. ° Tecido muscular estriado e cardíaco. Histogênese e histofisiologia.
FISIOLOGIA (2º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ° Classificação morfológica e funcional dos músculos. ° Propriedades viscoelásticas do tecido muscular estriado. Estudo do miocárdio. ° Teorias da contração muscular. ° Bioquímica da contração muscular. ° Músculos lisos
FARMACOLOGIA (3º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ° Drogas de ação nas estruturas inervadas pelos nervos adrenérgicos. ° Drogas de ação nas estruturas inervadas pelos nervos colinérgicos. ° Drogas de ação ganglionar. ° Farmacologia do músculo liso. ° Farmacologia do músculo esquelético e da junção neuromuscular.
PATOLOGIA (4º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ° Processos inflamatórios não específicos. Osteomielite. ° Processos inflamatórios específicos (tuberculose, sífilis). ° Tumores ósseos benignos. ° Tumores ósseos malignos.

NOTA: Lecionado na Clínica Ortopédica e Traumatológica

SISTEMA RESPIRATÓRIO	
ANATOMIA (1º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ° Sistema respiratório em geral. Nariz externo, cavidade nasal. Morfologia, vascularização, inervação e suas funções. Seios paranasais, sua significação morfofuncional. ° Laringe: forma, relações, cavidade, arquitetura, vascularização e inervação. Morfomecânica da fonação. ° Traquéia, brônquios e suas ramificações. Pedículo pulmonar. Arquitetura funcional da traquéia e brônquios. ° Pulmão: forma e relações. Arquitetura funcional. Lobos e segmentos broncopulmonares. Vascularização dos pulmões. ° Pleura: disposição geral, divisão. Arquitetura e significado funcional. Aparelho supressor da pleura.
HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA (1º ano)	<p><u>Embriologia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ° Aparelho respiratório: vias respiratórias e pulmões. Malformações. <p><u>Histologia</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ° Vias respiratórias. ° Pulmões.
FISIOLOGIA (2º ano)	<p><u>Curso Teórico</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ° Bases anatomofisiológicas da respiração. ° Mecânica respiratória. ° Trabalho respiratório. ° Volumes pulmonares. Capacidades pulmonares. Ventilação pulmonar. ° Alterações da ventilação alveolar. ° Composição dos gases respiratórios. Difusão alvéolo-capilar. ° Transporte de CO₂ e O₂ pelo sangue. ° Centro respiratório. Regulação química e reflexa da respiração. ° Regulação respiratória no exercício. <p><u>Curso Prático</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ° Composição do ar inspirado, expirado e alveolar no homem.

	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Ventilação alveolar no homem. ◦ Volumes e capacidades pulmonares. ◦ Reflexos respiratórios. ◦ Controle de ventilação em repouso e em exercício.
FARMACOLOGIA (3º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Farmacologia das vias aéreas. ◦ Farmacologia da mecânica respiratória. ◦ Farmacologia das hipóxias.
PATOLOGIA (4º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Pleurites e derrames pleurais. ◦ Variações do conteúdo aéreo dos pulmões. ◦ Variações dos conteúdos sanguíneos dos pulmões. ◦ Pneumonias em geral. ◦ Broncopneumonia. ◦ Tuberculose pulmonar. ◦ Bronquites e bronquiectasias. ◦ Neoplasias do pulmão e da pleura.

SISTEMA CARDIOVASCULAR	
ANATOMIA (1º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Generalidades sobre sistema vascular. Circulação geral e circulação pulmonar. Circulação fetal. ◦ Coração: posição, forma, dimensões e suas variações fisiológicas. ◦ Coração: arquitetura funcional: sistema condutor dos estímulos cardíacos. Vasos do coração. Pericárdio: arquitetura funcional. ◦ Artérias em geral: ramificações, anastomoses e circulação colateral. ◦ Veias: generalidades. Sistematização geral das veias. ◦ Zonas de anastomose entre os vários sistemas venosos ◦ Linfáticos em geral. Disposição geral dos vasos e linfonodos. ◦ Baço: situação, conformação externa, arquitetura e vasos.
HISTOLOGIA E EMBRIOLOGIA (1º ano)	<u>Embriologia</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Aparelho cardiovascular: coração e grandes vasos. Malformações. <u>Histologia</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Coração. Sua histofisiologia. ◦ Vasos sanguíneos e linfáticos. Histofisiologia dos vasos.
FISIOLOGIA (2º ano)	<u>Curso Teórico</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Propriedades da fibra cardíaca. ◦ Considerações anatomofisiológicas sobre o coração dos mamíferos. ◦ A sucessão dos fenômenos do ciclo cardíaco. ◦ Fenômenos elétricos do coração. Eletrocardiografia normal. Metabolismo da fibra cardíaca. ◦ Estudo sobre a entrada e expulsão do sangue do coração e os fatores que as modificam. ◦ Trabalho do coração. Débito cardíaco e descarga sistólica. ◦ Regulação nervosa da atividade cardíaca. ◦ Princípios hemodinâmicos da circulação. Fluxo sanguíneo. Velocidade do sangue. ◦ Circulação arterial. Pressão arterial. ◦ Circulação venosa. Pressão venosa. ◦ Circulação capilar. ◦ Pulso arterial e pulso venoso. ◦ Regulação nervosa do fluxo sanguíneo. ◦ Regulação química do fluxo sanguíneo. ◦ Circulações regionais. Circulação cerebral, pulmonar e coronária. ◦ Adaptação do sistema circulatório ao exercício. ◦ Linfa, líquidos tissulares e líquido cefalorraquidiano. <u>Curso Prático</u> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Propriedades da fibra cardíaca. ◦ Eletrocardiografia no cão e no homem. ◦ Pressão arterial no cão. Medidas e influências mecânicas, químicas e nervosas. ◦ Hemorragia e choque no cão. Transfusão.
FARMACOLOGIA (3º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Cardiotônicos. Antiarrítmicos. ◦ Vasoconstrictores. Vasodilatadores. ◦ Drogas anti-hipertensivas. ◦ Farmacologia do estado de choque. ◦ Autofarmacologia. ◦ Farmacologia dos estados alérgicos.
PATOLOGIA (4º ano)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Pericardites e derrame do pericárdio. ◦ Miocardoses e miocardites. ◦ Endocardites. ◦ Insuficiência cardíaca. ◦ Perturbações da circulação coronária. ◦ Arteriosclerose. ◦ Arterites. Formas e consequências. ◦ Flebites e tromboflebites.