



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**ROSANGELA PARAVATO MAIOLINO**

**A TRAJETÓRIA DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO ENTRE OS ANOS DE  
2010 E 2014**

**RIO DE JANEIRO  
2017**

ROSANGELA PARAVATO MAIOLINO

**A TRAJETÓRIA DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO ENTRE OS ANOS DE  
2010 E 2014**

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Flavio Barbosa  
Moreira

RIO DE JANEIRO  
2017

### CIP - Catalogação na Publicação

M217c Maiolino, Rosângela Paravato  
A trajetória da reforma curricular do curso de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro entre os anos de 2010 e 2014 / Rosângela Paravato Maiolino, -- Rio de Janeiro, 2017.  
141 f.

Orientador: Antônio Flávio Barbosa Moreira.  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação, Programa de Pós-Graduação em Educação, 2017.

1. História do Currículo. 2. Educação. 3. Educação Médica. I. Moreira, Antônio Flávio Barbosa, orient.  
II. Título.



**Universidade Federal do Rio de Janeiro**  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas  
Faculdade de Educação  
Programa de Pós-Graduação em Educação

A Dissertação **"A TRAJETÓRIA DA REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO ENTRE OS ANOS DE 2010 E 2014"**

Mestrando(a): **Rosangela Paravato Maiolino**

Orientado(a) pelo(a): **Antonio Flavio Barbosa Moreira**

**E aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro e homologada pelo Conselho de Ensino para Graduados e Pesquisa, como requisito parcial à obtenção do título de**

**MESTRE EM EDUCAÇÃO**

**Rio de Janeiro, 27 de março de 2017.**

**Banca Examinadora:**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Antonio Flavio Barbosa Moreira- Presidente**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dra. Maria Inês Marcondes de Souza**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. Francisco Sergio Strauss Vasquez Filho**

*A meus pais  
Com quem aprendi o valor da educação.*

## AGRADECIMENTOS

Ao professor Antônio Flavio Barbosa Moreira, meu orientador, por seu acolhimento, sua disponibilidade e, principalmente, pela liberdade de crescimento e de busca pelo conhecimento mediadas por uma orientação segura e criteriosa, tornando possível o desenvolvimento da pesquisa e da pesquisadora.

À professora Marcia Serra Ferreira, não somente pelo interesse demonstrado por este trabalho, mas, sobretudo, por seus valiosos apontamentos e considerações por ocasião do exame de projeto de dissertação que contribuíram para o redirecionamento do mesmo.

À professora Ana Maria Ferreira da Costa Monteiro pelas relevantes observações feitas no exame de projeto de dissertação e pelas indicações de leituras que possibilitaram traçar um panorama da produção de pesquisas da área dos estudos do currículo.

Aos professores do PPGE com os quais tive o privilégio de aprender mais sobre o campo educacional, por suas considerações e conhecimento compartilhado em aula que contribuíram imensamente para a elaboração desta pesquisa.

Aos funcionários da FE/UFRJ, em especial à Solange Rosa de Araújo pela gentileza, presteza e carinho dispensados em todos os momentos.

Aos colegas da turma de mestrado do PPGE pela possibilidade de conviver e de compartilhar os momentos de angústia e alegria durante o processo de formação.

Aos professores da Faculdade de Medicina que aceitaram dar seus depoimentos sobre o processo de reforma do curso médico, possibilitando o acesso a informações preciosas para que essa pesquisa se concretizasse.

Ao Diretor Adjunto de Graduação, Coordenador do Curso de Medicina da UFRJ e Coordenador do Programa de Educação Médica (PEM), Professor Sergio Zaidhaft, pela acolhida no PEM e por permitir e incentivar a realização desta pesquisa.

Ao Professor e amigo Lucio Pereira de Souza pela acolhida na Direção Adjunta de Graduação, pelas instigantes conversas sobre o tema e pelo reconhecimento e valorização do corpo técnico da Universidade, em especial dos Técnicos em Assuntos Educacionais.

Ao Professor e amigo Francisco Strauss que me conduziu pelas discussões sobre a formação de médicos, mostrando que a prática médica transcende a ciência, pela iniciativa e incentivo sem os quais a realização desta etapa de minha formação não seria possível.

À Professora Gisele Pires, atual Diretora Adjunta de Graduação da Faculdade de Medicina, pelo apoio e incentivo à continuidade desta pesquisa.

À Filomena, minha irmã, pela ajuda na organização desta pesquisa, pelas observações sempre perspicazes sobre o processo de reformulação curricular do curso médico, mas, principalmente, pela presença forte e carinhosa em todas as horas e empreitadas.

A Cesar que, muito além do auxílio técnico com conhecimentos de História e de normas técnicas, me apoiou e animou em momentos difíceis de forma espirituosa e com o bom humor de sempre.

A Rogério pela admiração, apoio e incentivo em diversos momentos desta caminhada e por me encorajar a não desistir de meus projetos.

Ao expressar nossos agradecimentos arriscamo-nos a ser injustos, pois a memória é traiçoeira e, por mais que nos esforcemos para elencar todos, sempre nos esqueceremos de alguém. Assim, os mais sinceros agradecimentos a todos que, de alguma forma, contribuíram neste processo.

- Poderia me dizer, por favor, que caminho devo tomar para ir embora daqui?
- Depende bastante de para onde quer ir, respondeu o Gato.
- Não me importa muito para onde, disse Alice.
- Então não importa que caminho tome, disse o Gato.
- Contanto que eu chegue a algum lugar, Alice acrescentou à guisa de explicação.
- Oh, isso você certamente vai conseguir, afirmou o Gato, - desde que ande o bastante.

*Lewis Carroll*

MAIOLINO, Rosangela P. A trajetória da Reforma Curricular do curso de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro entre os anos de 2010 e 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

## RESUMO

O objetivo de nossa pesquisa é apresentar os resultados da investigação em perspectiva histórica, de abordagem qualitativa. Buscamos compreender o percurso sócio-histórico da reconstrução curricular do curso de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tomando como referencial os estudos do currículo de Ivor Goodson. A reformulação do curso em questão teve como principal motivação a publicação, em 2001, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina (DCNM), elaboradas a partir das discussões que se originaram nos movimentos de reorientação dos processos de formação em saúde iniciados na década de 1970. Apresentamos, à luz das considerações de Ivor Goodson, as principais articulações entre os atores da reforma, buscando compreender as disputas políticas, tanto no contexto local quanto em um contexto mais amplo, que influenciaram a reformulação. Assim, investigamos as inter-relações entre as políticas de saúde e educação e de que modo estas foram apropriadas pelos sujeitos responsáveis pelo processo de reforma na instituição entre os anos de 2010 e 2014. Procuramos compreender, então, os embates entre os membros da comunidade envolvida na formação do médico na defesa de dois modelos de formação: o modelo atual, o biomédico, e o preconizado pelas Diretrizes, o modelo integrado. Para tanto, o percurso metodológico escolhido buscou cotejar a análise de documentos oficiais e demais documentos produzidos no decorrer da reforma com nossa observação nas reuniões e entrevistas realizadas com professores envolvidos no processo. Nas considerações finais, observamos que o movimento externo de mudança, ao sinalizar para a formação de médicos generalistas formados na perspectiva da integralidade se confronta com as dinâmicas e interesses locais voltados para uma formação cuja tendência à especialidade está alinhada com os interesses do mercado privado, encaminhando o processo de reformulação curricular para a manutenção do modelo biomédico.

Palavras-chave: História do Currículo; Educação Médica; Educação

MAIOLINO, Rosangela P. A trajetória da Reforma Curricular do curso de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro entre os anos de 2010 e 2014. Dissertação (Mestrado em Educação) Programa de Pós-graduação em Educação. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

### **ABSTRACT**

Our research aims to present the outcome of the study in an historical perspective in a qualitative approach. We search to understand the socio-historical trajectory of the medicine course curricular reconstruction, in the Medical School of the Federal University of Rio de Janeiro, taking Ivor Goodson's curriculum studies as referential. The course reformulation had as its principal motivation the publication of the National Medicine courses curriculum Guidelines (DCNM) in 2001, those were planned out the discussions originated in bustles of health education reorientation processes that began in 1970's decade. We present the main interactions among the reconstruction players, trying to understand the political contests in local context as in a wider context that inclined the reconstruction, based in Ivor Goodson's reflections. So we researched the interrelations between the health policy and education, and how they were undertaken by the accountable players of the institutions reconstruction process by the years of 2010 to 2014. We looked for to comprehend the collisions among the community members engaged in the medical education holding two education patterns: the current pattern – the biomedical, and the one professed by the Guidelines – the integrated pattern. The chosen methodological approach looked for the comparison of the analysis of the official documents and the others documents produced by the reconstruction to our observation at meetings and interviews with the teachers who were involved in the process. At the final's reflexions we noticed that the external changing movement which indicates the formation of generalist doctors educated in a view of the integrated pattern stands up to the dynamics and local interests targeted to an education that has the cast to specialty and is aligned with the private market interests which leads the curricular reconstruction to the maintenance of the biomedical pattern.

Keywords: Curriculum History; Medical Education; Education

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
AIS	Atenção Integral à Saúde
ANFOPE	Associação Nacional pela Formação dos Profissionais da Educação
ANPEd	Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação
CAE	Coordenação de Atividades Educacionais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
Cinaem	Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CONSUNI	Conselho Universitário
Cremesp	Conselho Regional de Medicina de São Paulo
DCNM	Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina
DIP	Doenças Infecciosas e Parasitárias
DMFC	Departamento de Medicina de Família e Comunidade
EMA	Projeto Educação Médica das Américas
ENADE	Exame Nacional de Desempenho de Estudantes
ENEM	Exame Nacional do Ensino Médio
FM	Faculdade de Medicina
HESFA	Hospital Escola São Francisco de Assis
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IB	Instituto de Biologia
IBCCF	Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho
IBqM	Instituto de Bioquímica Médica
IC	Instituto do Coração
ICB	Instituto de Ciências Biomédicas
IDT	Instituto de Doenças do Tórax
IES	Instituições de Ensino Superior

IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IG	Instituto de Ginecologia
IMPPG	Instituto de Microbiologia e Imunologia Professor Paulo de Góes
INDC	Instituto de Neurologia Deolindo Couto
INEP	Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
IPPMG	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
IPUB	Instituto de Psiquiatria da UFRJ
ME	Maternidade Escola
MEC	Ministério da Educação
NSE	Nova Sociologia da Educação
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAPS	Programa de Atenção Primária à Saúde
PCI	Programa Curricular Interdepartamental
PEC	Programa de Epidemiologia Clínica
PEM	Programa de Educação Médica
Pida	Programa Docente-Assistencial
PIInC	Programa de Iniciação Científica
PPP	Projeto Político Pedagógico
PR-1	Pró-Reitoria de Graduação
PRÓ-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
Sinaes	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SiSU	Sistema de Seleção Unificado
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	14
1 CONSTRUINDO O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	24
1.1 A concepção de currículo.....	24
1.2 Os estudos do currículo em perspectiva histórica.....	30
1.3 Metodologia.....	43
1.4 Os sujeitos da análise: o lugar de onde falam os entrevistados.....	48
2 PARADIGMAS NA FORMAÇÃO DO MÉDICO: INTER-RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	51
2.1 O curso médico da UFRJ – 208 anos de história .....	52
2.1.1 Filosofia do curso médico: o ideal de médico a ser formado.....	52
2.1.2 O que se pode aprender com a reforma anterior?.....	53
2.1.3 A organização do atual curso médico da FM/UFRJ: algumas questões que perpassam seu desenvolvimento.....	64
2.2 O contexto de criação das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina: a crise paradigmática na educação médica.....	71
2.3 O Programa de Educação Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ.....	79
3 INVESTIGANDO A FORMAÇÃO DO BOM MÉDICO – A REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA FM/UFRJ.....	87
3.1 O processo de reforma curricular do curso médico da FM/UFRJ: trajetória e articulações.....	87
3.2 – O processo de reforma curricular do curso médico da FM/UFRJ: o delineamento das diretrizes de formação e do desenho curricular.....	108
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	121
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	129
ANEXO A Carta de ciência e anuência para a realização da pesquisa.....	135
ANEXO B Carta de ciência e anuência para consulta e utilização de fontes.....	136

ANEXO C Questionário semiestruturado para a orientação das entrevistas.....	137
ANEXO D Visão e Missão da Faculdade de Medicina da UFRJ.....	138
ANEXO E Competências dos egressos da Faculdade de Medicina da UFRJ.....	139

## INTRODUÇÃO

A oportunidade de acompanhar de perto um processo de mudança curricular, observar as divergências ideológicas refletidas no embate tradição/transformação, entender os mecanismos de definição do que é valorizado como conhecimento, no processo de construção do currículo em um determinado contexto sócio-histórico se faz extremamente enriquecedora para a pesquisa no campo do currículo. Nesse sentido, nossa vivência nas discussões das reuniões do grupo responsável pela reformulação curricular do curso médico da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), tem suscitado inúmeras reflexões acerca da construção do currículo e do caráter político da prática pedagógica.

Assim, nossa pesquisa tem como objetivo compreender o processo de mudança curricular do curso médico da UFRJ, a partir de 2010, conjugando a análise de fatores internos, externos e das histórias dos sujeitos envolvidos na reforma, buscando evidenciar padrões de estabilidade e mudanças no currículo de medicina, procurando entender de que maneira as DCNM vêm sendo percebidas pelo Programa de Educação Médica (PEM) e de que forma têm sido compreendidas algumas de suas principais orientações pelos sujeitos envolvidos na mudança. Para tal, mergulhamos na discussão teórica sobre o currículo, investigando de que maneira esse campo é concebido pelo PEM, grupo responsável pela reestruturação do curso.

Para melhor compreensão de nosso estudo, buscamos responder às seguintes questões: quais as razões que levaram à mudança do currículo? Quais os sujeitos envolvidos na reforma curricular? Quais os elos existentes entre esses sujeitos? Quais os conflitos gerados no percurso da reforma e as articulações provocadas pela reformulação? Quais as principais mudanças na estrutura curricular? Dessa forma, acreditamos que as questões investigadas neste estudo poderão contribuir para a proposição de debates no âmbito da educação médica e para a investigação científica no campo do currículo, além de ampliar o diálogo entre as áreas da saúde e educação.

Cabe inicialmente esclarecer o caminho por nós percorrido na instituição e que nos conduziu a esta investigação. Iniciamos nossas atividades como Técnica em Assuntos Educacionais na Faculdade de Medicina (FM) em 2010 quando fomos incentivadas, pelo então Diretor Adjunto de Graduação, Professor Lucio Pereira de Souza, a participar das discussões, conduzidas pelo PEM, sobre a reforma do currículo.

Já nas primeiras reuniões de que participamos, chamou-nos a atenção a profusão de temas levantados nos debates, não somente aqueles referentes à reformulação curricular propriamente dita, mas, sobretudo, aqueles que surgiam de forma implícita em meio às discussões e denotavam a multiplicidade de questões que permeiam a construção do currículo. A efervescência das reuniões instigou-nos, assim, a buscar compreender melhor o processo de reformulação curricular em curso.

Entendemos que, como membros do Programa de Educação Médica, nossa vivência e posicionamento nas discussões sobre a reforma interferem no curso desta investigação. Ainda que não sejamos profissionais da área da saúde, assim como qualquer usuário dos sistemas de saúde, temos nossa própria concepção sobre os traços esperados em um ‘bom médico’ e tal representação influencia tanto nossa militância nas discussões sobre a reforma curricular quanto nossa pesquisa. Ademais, nossa trajetória e vivência no ensino nos permite lançar para as discussões um olhar sob uma perspectiva diferente daquela dos integrantes do PEM que são, em sua maioria, médicos ou pesquisadores da área das ciências biológicas.

Dessa forma, entendemos, como afirma Santos (2008), que ao cientista social não é possível na observação apartar-se daqueles valores que o constituem como pessoa e, da mesma forma, como pesquisador. Compreendemos, contudo, que como pesquisadores não nos compete, de forma alguma, pressupor que nossa posição é a única racional e que, portanto, se impõe sem a necessidade de sólida argumentação (Santos, 1999).

Assim, entendemos a relevância de produzir conhecimento sobre os processos de formação em saúde. Não obstante, embora haja um crescente interesse pela área, ainda são raros os estudos sobre o tema realizados na Faculdade de Medicina. Mesmo compreendendo não ser esta a incumbência primordial da Faculdade, argumentamos que, para uma instituição de ensino comprometida com a formação, não somente de médicos, mas de outros profissionais da área da saúde, produzir conhecimento sobre os processos de formação em saúde, possibilita a reflexão não só sobre as práticas na área, mas também sobre os rumos das políticas de saúde e de educação. Entendemos, ainda, que as investigações que se debruçam sobre esses temas podem fortalecer a relação entre os campos da educação e da saúde.

O curso de medicina da UFRJ, criado em 1808 por D. João VI, figura entre os mais importantes do país, tendo alcançado grau máximo (cinco) nas edições de 2004, 2007 e 2010 das avaliações trienais realizadas sistematicamente pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação (INEP/MEC) desde o ano de 2004. Na edição do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), realizada

em 2013, o curso obteve conceito quatro, permanecendo entre as principais escolas médicas do país. O ENADE integra o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) e tem como objetivo aferir o desempenho dos estudantes em relação a conhecimentos gerais, aos conteúdos específicos, bem como às habilidades e competências em sua formação segundo as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais.

Nas últimas décadas do século XX, o curso médico da UFRJ tem sido atravessado por questões relacionadas à forma de ingresso, aos cenários de prática e às transformações sociais e no mundo do trabalho. No que se refere ao ingresso, a partir do concurso de acesso realizado no ano de 2012, a UFRJ passou a utilizar exclusivamente a prova do Exame Nacional de Ensino Médio (Enem) e o Sistema de Seleção Unificado (SiSU) para a entrada em seus cursos de graduação. Assim, o perfil dos ingressantes no curso médico sofreu algumas modificações passando a receber, a partir desse momento, um quantitativo expressivo de estudantes de outras unidades da Federação, gerando impactos na formação de recursos humanos na área da saúde em âmbito nacional.

Essa alteração no perfil do ingressante gerou modificações no alunado do curso médico da Faculdade de Medicina da UFRJ (FM/UFRJ). De um grupo historicamente homogêneo de alunos egressos das mais bem conceituadas e tradicionais instituições de nível básico, principalmente do município do Rio de Janeiro, passou a ser constituído de estudantes com experiências de vida, conhecimentos e realidades econômica, social e cultural diferentes. Outra modificação significativa se refere ao perfil socioeconômico dos alunos. O curso recebe, atualmente, alunos oriundos das camadas mais populares da sociedade.

No que diz respeito aos cenários de prática, o curso médico tem suas atividades realizadas, majoritariamente, no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), concebido com a finalidade de ser o campo de ensino, assistência médica e pesquisa não somente da Faculdade de Medicina, mas dos demais cursos da área da saúde. O agravamento da crise pela qual vem passando o HUCFF tem gerado impactos em sua infraestrutura, com consequências diretas para o ensino médico como, por exemplo, a redução do número de leitos para treinamento dos alunos, prejudicando o desenvolvimento das atividades curriculares.

Outra questão que tem influenciado os debates sobre a educação médica e, especificamente, o curso médico da FM/UFRJ se refere às transformações sociais e da concepção do conceito de saúde. As práticas educativas na área da saúde no Brasil, historicamente, se caracterizaram como práticas normatizadoras, apoiadas em um discurso

higienista e com a finalidade de ensinar a controlar e prevenir doenças. A concepção de saúde era, dessa forma, reduzida ao controle de agentes biológicos causadores ou transmissores de doenças. Nesse modelo, a doença era entendida como um fenômeno individual e os sujeitos responsabilizados por sua condição de saúde. (Rocha *et alii*, 2010).

A partir da publicação do Relatório Flexner<sup>1</sup> as escolas médicas brasileiras, influenciadas por uma estrutura americana de formação do médico, incorporaram o chamado modelo biomédico aos processos de ensino-aprendizagem. Tal modelo orienta o ensino a partir da hierarquização entre as disciplinas que compõem o ciclo básico e aquelas que integram o ciclo profissional<sup>2</sup>. Essa estrutura não contempla, contudo, a multiplicidade de fatores envolvidos no processo de adoecimento como base para a formação, considerando, assim, saúde e doença em seus aspectos meramente biológicos, em detrimento da biografia e contexto socioambiental dos indivíduos (Maranhão, 2012).

No final do século XX, as transformações ocorridas na organização dos serviços de saúde, originadas a partir da definição da saúde como um direito de todos e um dever do Estado e motivadas pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição de 1988, demandaram transformações nos processos de formação de recursos humanos para a saúde. Tais transformações se originaram a partir das discussões mundiais e nacionais a respeito da necessidade de se promover uma mudança no modelo de formação de médicos frente às diferenças evidenciadas entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento no que se referia tanto à qualidade dos serviços de saúde quanto ao acesso da população. O modelo até então vigente passou a ser questionado no que se referia a sua eficiência frente às novas demandas, ao alto custo e baixa resolubilidade dos problemas de saúde da população e por não contemplar as discussões sobre um conceito ampliado de saúde que considerasse as dimensões biopsicossociais.

Evidenciamos, então, estreita relação entre as políticas de saúde e as de formação de médicos adotadas no país. Partimos do pressuposto que a política educacional brasileira – que desde as últimas décadas do século XX vem sofrendo um processo de reconfiguração

---

<sup>1</sup> O estudo de Abraham Flexner sobre a educação médica e as escolas médicas americanas e canadenses, que resultou no Relatório Flexner, publicado em 1910, foi determinante para a reforma na educação médica americana, influenciando mundialmente o desenvolvimento da Saúde, incentivando a pesquisa, o ensino centrado nos hospitais de ensino e fortalecendo a lógica do ensino por especialidades.

<sup>2</sup> Os currículos médicos tradicionais dividem as disciplinas em ciclo básico, referentes aos anos iniciais de formação e ciclo clínico ou profissional, relativos aos anos finais da formação, composto por disciplinas aplicadas.

delineado pela articulação entre o ensino e as contínuas transformações sociais, culturais, dos meios de produção e pelo acelerado desenvolvimento científico-tecnológico – tem influenciado, significativamente, o processo de reformulação curricular dos currículos dos cursos de Graduação, mais especificamente, do curso médico da UFRJ.

No que se refere à Educação Superior, as Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Medicina (DCNM), instituídas pela Resolução CNE/CES nº 4, de 07 de novembro de 2001, orientam o planejamento curricular dos cursos de Graduação, definindo princípios, fundamentos e procedimentos. Ao preconizarem a articulação da formação de médicos com o Sistema Único de Saúde, as DCNM direcionam a formação desses profissionais em consonância com as mudanças paradigmáticas sobre o entendimento do conceito de saúde e sobre como ensinar/aprender medicina.

O texto das DCNM recomenda a formação de um egresso cuja atuação profissional, nos diferentes níveis de atenção à saúde, seja desenvolvida por meio de competências e habilidades que envolvam para além da técnica, as dimensões ética e humanística. A inserção nos cenários da prática médica é recomendada a partir dos primeiros anos da formação, visando capacitar os futuros médicos a participar da solução dos problemas relacionados às reais necessidades de saúde da população (Brasil, 2001).

Observamos, contudo, no caso em pauta, que em torno do termo ‘reais necessidades de saúde da população’ surgem tensões e disputas entre os sujeitos envolvidos com a formação médica sobre os possíveis significados a ele atribuídos. Evidenciamos no processo de reforma na comunidade envolvida com a formação do médico dois subgrupos: um primeiro grupo que defende uma formação geral, capacitando o egresso a atuar nos problemas de saúde mais comuns e um segundo grupo que se manifesta em favor de uma formação mais voltada para a especialidade, para as manifestações mais raras. O processo de reformulação curricular na FM/UFRJ vem se desenvolvendo, assim, sob as tensões e articulações entre esses subgrupos.

As DCNM instituíram mudanças significativas no modelo vigente de formação do médico. Uma delas diz respeito ao deslocamento da formação médica de um modelo tradicionalmente biomédico, em que o paciente é visto sob forma fragmentada e cujas atividades assistenciais são desenvolvidas predominantemente em hospitais universitários e ambulatorios de especialidades para um modelo direcionado pelo binômio saúde-doença em todos os níveis de atenção, focalizando o paciente não apenas como um ser biológico, mas também o considerando em seus aspectos psíquico, social e cultural.

Outra alteração proposta pelas DCNM com importantes implicações para estrutura curricular dos cursos de medicina foi a ampliação do Internato<sup>3</sup> de um ano e meio para dois anos, trazendo como consequência imediata a impreterível redução e redistribuição de carga horária das disciplinas obrigatórias, gerando embates e tensões em torno da disputa por espaço no currículo, tanto entre os Departamentos da Faculdade de Medicina quanto entre os diversos Institutos do Centro de Ciências da Saúde (CCS) envolvidos na formação do médico.

Embora as DCNM tenham sido aprovadas em 2001, o processo de reformulação curricular do curso médico da UFRJ teve início, efetivamente, em 2010. Para se atender às orientações das DCNM, as quais sugerem uma estrutura curricular que articule a formação acadêmica e o sistema de saúde vigente no país, reestruturado a partir da implantação do Sistema Único de Saúde e, com a finalidade de discutir a formação do médico, baseando-se na necessidade de redefinição de conteúdos, práticas e metodologias, em 2007, a Faculdade de Medicina da UFRJ criou o Programa de Educação Médica com objetivo de ser um núcleo permanente de discussão das questões referentes à educação médica. O PEM, com representatividade de todos os Departamentos da Faculdade e dos Institutos Básicos do CCS, tornou-se o espaço onde a reforma curricular passou a ser discutida entre aqueles que seriam os principais agentes desta transformação (Brasil, 2008).

Tomando, então, as DCNM como direcionamento, a Faculdade de Medicina deu início ao processo de reformulação curricular. Todavia, concordando com as considerações de Feuerwerker (2004), julgamos que o processo de mudança nas escolas médicas – e especificamente em uma instituição com mais de duzentos anos de tradição e história, com elevado número de docentes envolvidos nas situações de ensino/aprendizagem – configura-se acentuadamente complexo. Tal processo abarca questões que envolvem desde a concepção de saúde até a premente necessidade de adaptação do estudante frente a um mundo onde a produção do conhecimento ocorre rapidamente e passa pela necessidade de se repensar o modelo de ensino, predominantemente focado na massificação de conteúdos. A mudança implica repensar conceitos, a produção, seleção e distribuição do conhecimento, a organização social da medicina, o papel do professor, as relações de poder e o próprio modo como a instituição se reconhece.

---

<sup>3</sup> Estágio curricular sob a forma de treinamento em serviço, sob supervisão docente e com responsabilidade progressiva, desenvolvido nas grandes áreas: Clínica Médica, Cirurgia, Medicina de Família e Comunidade, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria.

Consideramos, desse modo, que a análise da construção do currículo do curso médico de uma das mais renomadas instituições de ensino do país nos fornece subsídios para compreender de que forma as políticas de saúde e de formação de recursos humanos para a área da saúde são entendidas pela instituição e pelos sujeitos responsáveis pela formação desses profissionais, entendendo-os não só como receptores, mas também como produtores dessas políticas. Assim, a partir da análise da construção sócio-histórica do curso médico da FM/UFRJ é possível compreender os rumos da instituição no contexto da educação médica no Brasil. Da mesma forma, tal análise nos permite entender de forma mais ampla os processos de formação de recursos humanos para a área da saúde, bem como as políticas de saúde e educação e sua inter-relação.

Ainda que as DCNM não fixem os conteúdos a serem ensinados, as mesmas, além de legitimar os conhecimentos considerados válidos implícitos na matriz curricular, atuam como norteadoras para os processos de avaliação institucional e dos cursos do Ensino Superior realizados pelo MEC. Em tais avaliações são analisadas, entre outras categorias, o perfil do egresso, suas competências profissionais e os objetivos do curso, considerando-se os compromissos institucionais em relação às necessidades de saúde da sociedade e à adequação às Diretrizes Curriculares Nacionais (Brasil, 2001).

Compreendemos, no entanto, que as DCNM sofrem reinterpretações ao serem apropriadas pelas escolas médicas gerando tensões, conflitos e consensos tanto internos quanto entre o interno e o externo. Entendemos que, apesar da pressão imposta pelo texto das DCNM, as mesmas, ao serem apropriadas pelos sujeitos envolvidos no processo de mudança podem seguir novos rumos delineados por tensões e conflitos entre os mesmos, mas, da mesma forma, por suas convicções, vivências e experiências.

Fundamentamos nossa pesquisa nos estudos históricos do currículo e as bases teóricas que nortearam nosso estudo estabeleceram um diálogo com os textos de Ivor Goodson (2011), estudioso do currículo cujas análises voltam-se para a compreensão da construção sócio-histórica dos currículos e das disciplinas escolares buscando compreender as transformações sofridas em meio a determinados contextos históricos e tentando entender também os mecanismos de seleção cultural que fazem com que determinado conhecimento esteja presente nos currículos e outros sejam silenciados. Assim, para o autor, o conhecimento presente nos currículos não é algo a ser transmitido aos alunos de forma acrítica, mas, ao contrário, é visto como uma construção social refletindo padrões de *status* e hierarquia presentes na sociedade (Kincheloe, 2001).

À luz das considerações de Goodson (2011), analisamos o currículo como tradição inventada, considerando-o como artefato inacabado, isto é, como uma área de produção e reprodução sociais, na qual determinada seleção de conhecimento pode legitimar interesses de um grupo dominante e permanecer desta forma sem ser questionada por muito tempo. Assim, aceitar sem questionar a forma ou o conteúdo do currículo – construídos em um contexto sociopolítico particular – seria ignorar as relações de controle e operação das instituições de ensino e do saber, assumindo como verdadeiras as invenções de dados de controle pré-existentes.

Nesta perspectiva, a seleção, a organização e a distribuição do conhecimento seguem as prescrições para a efetivação do controle social e, portanto, tendem a reproduzir as condições existentes. Consequentemente, compreendemos que os processos de construção e mudança curricular não ocorrem de forma desinteressada, mas, ao contrário, sua elaboração está estreitamente relacionada aos interesses de determinados grupos sociais e ao poder. Desta forma, guiados pelos estudos de Goodson, abordamos a relação entre currículo e conhecimento, analisando permanências e mudanças no currículo e buscando compreender de que forma estas se constituem historicamente.

Em suas análises, Goodson busca compreender o currículo abrangendo os múltiplos aspectos que interferem em sua configuração, entendendo que os mesmos “derivam de lento, contraditório e conflituoso processo de fabricação social” (Moreira, 2013). Na visão de Hargreaves (1994), ao adotar um enfoque intermediário, que combina os aspectos social e político, conjugando-os com o exame de vida dos sujeitos envolvidos no currículo, Goodson (2013) compreende que os processos de mudança nos currículos só podem ser entendidos a partir da investigação do contexto histórico em que esta mudança surge.

Dessa forma, a partir da compreensão das circunstâncias históricas, é possível avaliar o equilíbrio provável de seus elementos progressistas ou regressivos. Para Goodson (2013), o processo de mudança ocorre em três níveis: o externo, o interno e o pessoal, que mantêm entre si estreito relacionamento. Uma maior integração destes três segmentos, segundo o autor, possibilita que o movimento social por trás da mudança ganhe impulso e direcionamento. Quando, ao contrário, há um desequilíbrio entre esses elementos, Goodson (2013) argumenta que o processo de mudança tende à estabilidade.

Goodson buscou, ainda, analisar o papel das comunidades disciplinares na definição do currículo. Para o autor, é possível estabelecer elos existentes entre os sujeitos envolvidos no processo de construção do conhecimento, compreendendo que os subgrupos de

professores, em uma determinada disciplina, mesmo que não configurem único elemento no processo de mudança curricular, são parte integrante do mesmo, ainda que, muitas vezes, relegados a um plano secundário de análise.

Assim, como afirma Moreira (1999, citado por Lopes & Macedo, 2002), buscamos compreender o processo de construção/reconstrução de uma área ou disciplina específica de determinada instituição escolar, atentando para os contextos sócio-histórico-cultural institucional e biográficos no qual o processo vem se desenrolando. Neste sentido, acreditamos que o autor escolhido em nosso quadro teórico nos auxiliou a compreender o processo de reforma curricular a partir das análises dos processos que vem se configurando no interior da escola, mas sem perder de vista as relações que se estabeleceram em um contexto social mais amplo.

Desenvolvemos, neste projeto, um estudo com abordagem qualitativa. Basicamente, nossa pesquisa se desenvolveu por meio de três estratégias: nossa observação nas reuniões do PEM, análise documental e entrevistas individuais que procuraram traçar a trajetória do atual processo de reforma curricular do curso médico da Faculdade de Medicina da UFRJ. Buscamos, assim, utilizando diferentes maneiras de obtenção de dados, operar uma forma de triangulação de fontes (Denzin e Lincoln, 1978, citados por Alves-Mazzotti, 1998). Nesta triangulação, pretendemos compreender a construção do currículo do curso médico a partir do ponto de vista dos participantes do PEM, de suas falas nas entrevistas e da fala social do grupo. Estas narrativas foram confrontadas com os documentos pertinentes à reforma e com nossa observação apreendida durante nossa participação nas reuniões do PEM. Compreendemos que a triangulação permite integrar resultados complementares a fim de possibilitar uma visão a partir de múltiplas perspectivas, enriquecendo, assim, a interpretação dos fenômenos.

Utilizamos como fontes de análise nossas observações nas reuniões do Programa de Educação Médica, sínteses das reuniões do PEM, sínteses dos seminários de Educação Médica realizados na Instituição, Regimentos do PEM e da Faculdade de Medicina, texto do currículo vigente (1997) do curso de medicina, atas das reuniões da Congregação da FM/UFRJ, texto das DNMN publicado em 2001 e entrevistas semi-estruturadas, orientadas por roteiro de questões abertas. Assim, ao optarmos pela heterogeneidade de fontes, métodos ou abordagens teóricas buscamos multiplicar e ampliar nossas possibilidades de interpretação dos fenômenos em estudo.

Para melhor desenvolvimento da pesquisa, nossa dissertação foi dividida em cinco partes: a introdução, três capítulos, além das considerações finais. Na introdução apresentamos o problema, os objetivos do estudo e nossas questões de análise. No primeiro capítulo expomos e justificamos o quadro teórico-metodológico utilizado, destacando a relevância dos estudos do currículo em perspectiva histórica e a noção de currículo empregada nessa investigação.

No segundo capítulo apresentamos a estrutura curricular vigente do curso de medicina com as principais mudanças implantadas pela reforma de 1997, destacando questões que constituíram em pontos de embate na formulação do atual currículo. A análise de tais questões se justifica por ainda atravessarem o ensino médico na FM e, conseqüentemente, as disputas do atual processo de reforma. Apresentamos, também, o Programa de Educação Médica e a contextualização da elaboração das DCNM.

No terceiro capítulo procuramos analisar os rumos da reforma curricular do curso de medicina da UFRJ no período de 2010 a 2014, situando-a no cenário atual da Educação Médica e buscando compreender de que forma as DCNM vêm sendo compreendidas pelo PEM. No último capítulo apresentamos as considerações finais, argumentando que a desarmonia entre o modelo curricular e o perfil do egresso propostos pelo PEM, em consonância com a formação preconizada pelas DCNM, e as práticas institucionais vigentes se constituíram em entrave ao processo de mudança, encaminhando, assim, o processo para a estabilidade curricular e a manutenção do modelo biomédico.

## **1 CONSTRUINDO O REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

Neste capítulo apresentamos e justificamos as reflexões teórico-metodológicas que nortearam nosso trabalho. Inicialmente, analisamos a concepção de currículo adotada na pesquisa e salientamos a importância dos estudos em perspectiva histórica para o campo do currículo. Para um melhor panorama da área, resgatamos trabalhos de autores que têm contribuído com pesquisas para produção de conhecimento na área do currículo e da educação em saúde. Buscamos, dessa forma, compreender a relevância de nossa investigação para ambas as áreas.

A seguir, descrevemos os procedimentos metodológicos empregados em nossa pesquisa, expondo breve descrição da trajetória acadêmica e profissional dos professores entrevistados. Compreendemos que a vivência desses professores no processo de reforma conduzido pelo PEM e na instituição nos permitiu acesso a visões diferentes ou até mesmo opostas sobre a reformulação curricular, ampliando, desse modo, nossas análises.

Finalmente, abordamos questões essenciais na formação do médico, explorando algumas das orientações preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de medicina que foram investigadas em nosso estudo. Destacamos que a escolha por tais orientações se deveu às alterações que as mesmas propunham em termos da estrutura curricular e da filosofia dos cursos médicos.

### **1.1 A CONCEPÇÃO DE CURRÍCULO**

Historicamente, o currículo tem condicionado as práticas educativas e dado forma ao sistema educacional e à educação, mas tem sido igualmente condicionado pelas práticas dominantes. Assim, o termo currículo assume variadas significações e envolve disputas e conflitos travados por diferentes grupos sociais em torno de sua definição, denotando a luta constante pela hegemonia que existe em torno dos processos de escolarização, bem como o caráter político da prática pedagógica. O currículo relaciona-se ao conhecimento e aos conteúdos selecionados e considerados válidos para serem ensinados assim como às práticas desenvolvidas no cenário pedagógico.

Entendemos, dessa forma, o conhecimento presente nos currículos e ensinado não como algo neutro, mas sim como resultado de um processo de seleção, não aleatório, que vai além das questões estritamente pedagógicas. Consequentemente, as lutas em torno da

definição do que deva ser ensinado são atravessadas por relações políticas, econômicas, sociais, culturais e de poder.

Nesse estudo, o currículo assumiu o significado que lhe fora atribuído pelo pesquisador Ivor Goodson (2011, p.08): “forma contemporânea de organização do conhecimento e do saber com vistas à sua transmissão”. Em seus trabalhos, Goodson considera o currículo uma fonte essencial para os estudos históricos que buscam produzir conhecimento sobre o ensino por entender que o currículo é um conceito ilusório e multifacetado que se define, redefine e está sujeito a negociações em diferentes níveis e arenas. Para o autor, a “fabricação do currículo”, longe de ser um inocente e imparcial processo epistemológico, é uma construção social na qual estão envolvidas determinantes sociais tais como interesses, conflitos culturais e simbólicos, necessidade de legitimação e de controle e propósitos de dominação por parte de determinados grupos sociais.

Como consequência, o currículo não é constituído de conhecimentos válidos, mas de conhecimentos considerados, por grupos que ocupam posições hegemônicas, como socialmente válidos. O currículo não é um dado, mas sim resultante de lutas de forças em litígio, de relações de poder e de diferentes concepções de sociedade. O currículo é também historicamente determinado, isto é, carrega as marcas do espaço e tempo em que se constituiu.

Goodson (1997) reconhece, assim, a importância de se analisar o currículo escrito (ou pré-ativo), argumentando que é a partir dele que se definem as racionalidades e a retórica legitimadora das práticas escolares. O currículo pré-ativo se constitui, ainda, para o autor, na concretização dos padrões de distribuição de recursos, atribuição de estatuto e distribuição de carreiras. O currículo escrito possui, dessa maneira, um significado simbólico, ao explicitar e legitimar determinadas intenções educativas, mas também um significado prático, porque estas convenções escritas se traduzem no ordenamento de recursos e em prerrogativas de carreira.

Ao estudar o currículo escrito, Goodson (1997) argumenta que o historiador tem, em primeiro lugar, acesso ao modo como as influências e interesses ativos interferem no nível pré-ativo. Em segundo lugar, é possível reconhecer os valores e objetivos representados na educação e o modo como a definição pré-ativa pode fixar, ainda que se considerem as diferenças locais e individuais, os parâmetros para realização e negociação interativas na sala de aula e nas instituições escolares.

Assim, o autor afirma que ao investigarmos historicamente as estruturas curriculares, sua relação com os debates curriculares nacionais e locais e os embates travados pelos professores por prerrogativas de carreira é possível ter acesso a informações sobre a natureza

do poder e do modo como este produz e transmite conhecimento, define identidades e constrói valores. Dessa forma, o currículo escrito, relacionado às investigações sobre os processos educativos, os textos escolares e a história da Pedagogia, permitem acesso a informações valiosas sobre o desenvolvimento curricular, em particular, e o ensino de modo geral.

Para Goodson (1997), os estudos sobre a historicidade dos currículos devem buscar elucidar o papel que as disciplinas desempenham na construção social do conhecimento. Em seus estudos buscou traçar a construção sócio-histórica das disciplinas escolares nas escolas da Grã Bretanha, identificando os diferentes interesses políticos, científicos e profissionais que sustentam as disciplinas e mostrando de que forma estes dão origem a diferentes configurações curriculares.

Investigou, assim, o papel das comunidades disciplinares na constituição dos currículos, entendendo-as como “movimento social incluindo uma gama variável de missões ou tradições distintas representadas por indivíduos, segmentos, grupos e facções cuja importância varia consideravelmente ao longo do tempo”. O autor afirma, ainda que, “tal como acontece com as profissões e associações, a comunidade disciplinar não deve ser vista como um grupo homogêneo cujos membros comungam dos mesmos valores e definição de papéis, interesses e identidades” (Goodson, 1997, p. 44)

A partir desses estudos elaborou três hipóteses sobre o processo de transformação de uma disciplina: (a) as matérias não se constituem em entidades monolíticas, mas amálgamas mutáveis de subgrupos e tradições que, mediante compromisso e controvérsia, influenciam a direção da mudança; (b) o processo de se tornar uma matéria escolar caracteriza a evolução de uma comunidade disciplinar que passa de uma comunidade que promove objetivos utilitários e pedagógicos para uma comunidade que define uma disciplina acadêmica ligada à universidade (c) o debate em torno do currículo pode ser interpretado em termos de conflito entre as disciplinas em relação a *status*, recursos e território.

Embora os estudos de Goodson estejam centrados nos currículos e nas disciplinas do sistema de ensino secundário britânico, eles nos permitem argumentar que, assim como as disciplinas escolares, as disciplinas dos currículos acadêmicos são construídas política e socialmente pelos sujeitos pertencentes aos diferentes subgrupos disciplinares na defesa de determinados padrões. Tais padrões são sustentados pela construção de retóricas e por ações que visam atingir objetivos e missões individuais e coletivas. Dessa forma, utilizamos as considerações de Goodson (1997) sobre as disciplinas escolares para compreender o processo de reforma em curso, pois como afirma o autor, tais estudos podem nos auxiliar na análise histórica de outros conjuntos de conhecimentos profissionais.

Em nossa investigação, consideramos que as discussões em torno da reforma curricular se articularam em meio às disputas entre os diferentes subgrupos inseridos na comunidade constituída por profissionais que atuam na formação do médico. Considerando a afirmação de Goodson de que as comunidades disciplinares, assim como as associações profissionais, não se constituem em um grupo homogêneo, identificamos na comunidade em questão dois subgrupos que militam, no tange ao perfil desejado do médico formado pela FM/UFRJ, em dois projetos distintos: aquele em defesa da formação do médico generalista, na perspectiva da integralidade, contemplando o SUS e outro que considera o modelo atual (biomédico), centrado na especialidade, como o mais adequado à formação.

Goodson destaca, também, a contribuição dos trabalhos de Meyer e Rowan (1983, p. 83; citados por Goodson, 1997) para seus estudos. Os autores descrevem os sistemas educacionais como a “agência central que determina o pessoal para o Estado e a economia moderna”. Nessa concepção do ensino, a legitimação da organização do currículo guarda estreita relação com sua aceitação pelo público externo. Assim, o sistema educacional estrutura-se em categorias padronizadas de diplomados criadas a partir de tipos padronizados de alunos e professores, temas e atividades. Esses diplomados são colocados no sistema produtivo com base na sua formação profissional certificada. A partir dessa certificação, as classificações ritualizadas de educação (aluno, professor, tema, escola, grau) adquirem valor como moeda no “mercado da identidade social” (Goodson, 1997, p 07).

Dessa forma, a natureza da educação é defendida socialmente por referência a um conjunto de categorias padronizadas e legitimadas publicamente. De acordo com Meyer (1983; citado por Goodson, 1997) tais padrões e tipificações sociais permitem que a instituição seja reconhecida pela sociedade e que os profissionais por ela formados alcancem posições profissionais de destaque. Meyer (op cit) apresenta, assim, os conceitos de categorias institucionais e formas organizacionais. As primeiras seriam aquelas que se referem aos níveis de ensino (Superior, por exemplo), tipos de escola ou tópicos curriculares. As segundas estariam relacionadas a questões da organização das instituições de ensino e das salas de aula. De acordo com Reid (1984; citado por Goodson, 1987), “a forma organizacional criada e mantida pelos professores (e outros atores) é confrontada com uma categoria institucional, significativa para um público (ou públicos) mais vasto”. A partir dessas categorias, Goodson (1997, p.28) argumenta que no mercado educacional são necessárias tipificações sociais identificáveis e padronizáveis: para os alunos, que desejam construir suas carreiras e para os professores, que almejam alcançar estatutos e vantagens profissionais.

Em nosso estudo, compreendemos que a categoria institucional ‘ensino médico na Faculdade de Medicina da UFRJ’ se caracteriza por categorias padronizadas de alunos, professores e currículo legitimados socialmente como referência nacional de excelência na educação médica. Assim, tais padrões possuem a aceitação de vários setores da sociedade que reconhecem a instituição como formadora de uma elite intelectual que, além de sólida formação científica centrada na especialidade e voltada para o mercado privado, também capitaneia os movimentos e ações no ensino das profissões em saúde no Brasil, notadamente, de médicos, servindo de referência para as demais escolas médicas brasileiras.

O ensino médico na Faculdade de Medicina da UFRJ é, dessa forma, reconhecido como um ensino de excelência, com formação fortemente ancorada na pesquisa, responsável pela formação de médicos que tradicionalmente ocupam posições de relevo na profissão e capacitados a diagnosticar e tratar doenças raras e de alta complexidade. Desse modo, o médico formado pela FM/UFRJ é reconhecido socialmente como o profissional habilitado a utilizar recursos tecnológicos de ponta e para atuar em grandes grupos de medicina privada.

Goodson (1997), com base nos estudos de Meyer, afirma ainda que, muitas vezes as mudanças educacionais não ocorrem por divergência entre as categorias institucionais e as formas organizacionais e que dessa maneira, os currículos tendem a se manterem na estabilidade. Assim, entende que os processos de mudança curricular nos quais se criam novas disciplinas devem estar em harmonia com a categoria institucional para que as modificações se efetivem. Para o autor, a disciplina representa uma forma organizacional que se consolida por seu conteúdo e desenvolvimento defendidos pelos membros de uma comunidade disciplinar. A missão dos espaços disciplinares une-se, então, ao mercado na busca de retóricas que irão assegurar categorias identificáveis, críveis para a opinião pública. De acordo com Reid (1984, p.75; citado por Goodson, 1997, p. 28):

As retóricas bem sucedidas são realidade [...] o mais importante para o sucesso das disciplinas não é a entrega de bens que podem ser publicamente avaliados, mas sim, o desenvolvimento e manutenção de retóricas legítimas que dão apoio automático a uma atividade corretamente classificada. A escolha de classificações apropriadas e a associação destas, na opinião pública, com retóricas plausíveis de justificação podem ser vistas como a missão principal daqueles que trabalham para modernizar ou defender as disciplinas do currículo.

No caso em análise, a publicação das DCNM, cuja orientação preconizava a formação de médicos visando à atenção integral da saúde e voltada para a formação generalista e em consonância com o SUS, significava uma redefinição na forma

organizacional das disciplinas, envolvendo práticas, concepções de currículo e perfil do egresso diferentes das estabelecidas pelas tradições instituídas na FM/UFRJ. As modificações propostas pelas DCNM confrontavam-se, desse modo, com a categoria institucional ‘ensino médico na Faculdade de Medicina da UFRJ’ e com a categoria ‘médico formado pela Faculdade de Medicina da UFRJ’ ao orientar a formação de um médico generalista capacitado a atuar em todos os níveis de atenção.

Da mesma forma, ao sugerir a integração de conteúdos básicos, clínicos, aos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos e ambientais que influenciam no processo saúde doença<sup>4</sup>, o modelo curricular proposto sugeria uma redefinição da forma organizacional de um ensino centrado em disciplinas estanques e focado em especialidades. Tal modelo se confrontava também com os interesses profissionais dos docentes da FM/UFRJ que utilizavam a retórica da qualidade da formação e da fundamentação científica da medicina em defesa de suas disciplinas.

Outra retórica empregada em defesa da manutenção do modelo curricular vigente se referia ao reconhecimento social do médico egresso da FM/UFRJ como um profissional pertencente a uma elite intelectual e que, portanto, estaria capacitado a atuar na resolução das doenças mais complexas e capitanear ações na área da saúde. Destacamos que a utilização dessa retórica evidenciava uma desvalorização das atividades na atenção primária e secundária à saúde. Tais níveis de atenção não eram reconhecidos na instituição como atrativos por não conferirem *status* profissional ou reconhecimento financeiro.

Em suas análises, Goodson (1997) defende, desse modo, ser necessário inter-relacionar aspectos gerais das dinâmicas sociais e os fenômenos locais, aliando assim, interpretações das perspectivas macro e microsociais, investigando a multiplicidade de injunções presentes nas experiências educativas vividas. Essa abordagem situa-se em um nível de compreensão intermediário entre o teórico e o particular, possibilitando o entendimento dos mecanismos complexos em que se configuram as disputas de poder em torno dos currículos (Kincheloe, 1997).

Goodson reconhece, assim, a importância de observar as questões internas e suas relações com as questões externas, pois afirma que quando ambas se encontram em desarmonia, a tendência é de manutenção da estabilidade curricular. Considera, ainda, que essa tendência se deve ao poder instituído pelas tradições curriculares construídas historicamente. Ferreira (2005) destaca também a importância de aliar a essas questões

---

<sup>4</sup> Instituído pelo art. 6º da Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001.

aspectos de ordem institucional por considerar que esses últimos exercem grande influência nos rumos do desenvolvimento curricular.

No que se refere às mudanças dos currículos, Goodson (2013, p. 21) se contrapõe à ideia de que as mesmas incluem, necessariamente, elementos progressistas e inclusivos, argumentando que devemos “compreender as circunstâncias históricas em que as forças da mudança surgem” para, então, podermos “avaliar o equilíbrio provável de seus elementos progressistas ou regressivos”. Afirmar, ainda que a mudança é acompanhada pelo aparecimento de novas práticas institucionalizadas e que estas representam novos padrões de tradição e inércia. Em outras palavras, para o autor, a mudança implica a invenção de novas tradições. Sobre a questão, Ferreira (2005) afirma que os padrões de estabilidade e mudança nos currículos não são processos mutuamente excludentes, mas que, ao contrário, as modificações originadas a partir da integração de inovações são fatores que colaboram para a estabilidade.

## **1.2 OS ESTUDOS DO CURRÍCULO EM PERSPECTIVA HISTÓRICA**

O currículo não pode ser entendido como resultante de um processo constante e linear de evolução, mas sim como produto de uma construção contingente e historicamente situada. Assim, optamos por uma análise em perspectiva histórica para melhor compreender os estudos curriculares. Entendemos, dessa forma, a importância de recorrer ao passado e acessar padrões recorrentes que contribuem para elucidar as ações presentes, bem como processos de permanências e/ou mudanças presentes nos currículos. Desse modo, buscamos compreender o percurso de construção/reconstrução do currículo em questão, considerando os contextos sócio-histórico-cultural, institucional e bibliográfico no qual o processo vem se desenrolando.

Da mesma forma, como destaca Veiga-Neto (2012), entendemos que ao nos darmos conta da historicidade dos fundamentos dos fenômenos, também compreendemos o caráter contingente dos mesmos e reconhecemos todos os envolvidos neste processo como sujeitos na contingência. Assim, as pesquisas em ciências sociais não põem em vigor, portanto, leis universais, uma vez que os fenômenos sociais são historicamente condicionados e culturalmente determinados (Santos, 2008). Igualmente, entendemos que o conhecimento é sempre contextualizado e os comportamentos sociais se modificam por meio dos conhecimentos adquiridos sobre os mesmos.

Os estudos históricos sobre o currículo têm se constituído em objeto de interesse e motivado inúmeras investigações desde as últimas décadas do século XX. Os estudos sobre a história dos currículos e das disciplinas escolares ou acadêmicas remontam ao final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, iniciados no auge dos estudos curriculares, ainda na primeira fase da chamada Nova Sociologia da Educação (NSE) a qual tem em Michel Young um de seus representantes mais importantes (Lopes e Macedo, 2002). Os estudos históricos do currículo constituíram-se, de acordo com Silva (2011), em estratégia central no quadro teórico da NSE. Nessa perspectiva, o conhecimento passa a ser entendido como uma construção social e a centralidade das análises está na busca por compreender como a escola estratifica o conhecimento e quais mecanismos e agentes determinam quais saberes devem ser ensinados.

Tais estudos surgiram em um contexto relacionado às mudanças ocorridas nos anos de 1970 e de 1980, que se opunham à perspectiva tecnicista dos currículos e impulsionaram a formulação de políticas educacionais, originando processos de reformulação curricular em vários países (Bittencourt, 1999). Tais estudos provocaram alterações no processo de pensar a escola e o conhecimento que por ela circula. A escola passa, nesse momento, a ser pensada como uma “instituição dotada de uma autonomia relativa, como uma totalidade em que o cultural e o social se apresentam mediatizados pelo pedagógico.” (Lopes e Macedo, 2002, p. 44). Os currículos e as disciplinas escolares/acadêmicas que os compõem tornam-se, então, importantes objetos de investigação, possibilitando compreender os currículos e as instituições escolares a partir dos processos que ocorrem em seu interior.

Esses estudos têm possibilitado, de maneira significativa, uma melhor compreensão dos mecanismos de definição daquilo que, ao longo dos tempos, tem sido considerado conhecimento válido a ser ensinado. Os estudos sobre a história dos currículos e das disciplinas escolares permitem entender como os saberes se constituíram até se tornarem o que são hoje e quais dinâmicas sociais os moldaram. Assim, buscam igualmente compreender de que forma esses saberes contribuem para os processos de formação nos diferentes espaços e tempos históricos.

As pesquisas no campo da história dos currículos e das disciplinas escolares e acadêmicas produzem, assim, conhecimento sobre a historicidade dos saberes ensinados. Compreendendo que o conhecimento presente nos currículos não é algo dado, fixo, mas uma construção social, histórica e cultural procuram desnaturalizar o modo como entendemos as disciplinas identificando permanências e mudanças no currículo e compreendendo-as como resultado de tensões entre as instituições escolares e a sociedade bem como tensões internas

às instituições. Os diferentes interesses em torno dos saberes presentes nos currículos ora se aproximam, ora se opõem.

Consequentemente, as investigações realizadas em perspectiva histórica não estão centradas em compreender apenas os fatores externos à escola que influenciam seu funcionamento tais como questões políticas ou administrativas, mas pretendem, sobretudo, compreender a escola com base na conjugação desses fatores com os processos que ocorrem em seu interior e que não envolvem somente a esfera pedagógica, mas também a administrativa, os alunos e a comunidade.

Para Goodson (2011), os estudos históricos do currículo permitem acesso a uma parte essencial da formação: os processos internos – a “caixa-preta” – das instituições de ensino. A partir da perspectiva histórica acreditamos ser possível mergulhar no passado e trazer à tona padrões recorrentes nos processos de formação que podem nos auxiliar a compreender os atos contemporâneos. Como ressalta Silva (2011, p. 7), “a arbitrariedade dos processos de seleção e organização do conhecimento escolar e educacional”, revela o aspecto contingente e histórico dos currículos. Os estudos históricos permitem-nos, ainda, de acordo com Goodson (2011), explicar o papel desempenhado pelas profissões – como a educação e, acrescentaríamos, a medicina – na construção social do conhecimento, bem como analisar as complexas relações entre escola e sociedade.

A história do currículo e das disciplinas acadêmicas e escolares surge, então, como campo de investigação, em diversos países, seguindo, entretanto, caminhos distintos. Destacam-se, nos estudos realizados no campo, contribuições dos estudos do inglês Ivor Goodson, dos franceses André Chervel e Dominique Julia. No final dos anos de 1990, incorporam-se às pesquisas realizadas as contribuições do norte-americano Thomas Popkewitz constituindo-se em “alternativa para este tipo de estudos, principalmente porque nos desafiam a expandir o horizonte teórico-metodológico por meio de aproximações com as perspectivas contemporâneas da teoria social” (Jaehn e Ferreira, 2012). No Brasil, no final dos anos de 1970 e início dos anos de 1980, com o processo de abertura política e as reformulações curriculares aumentaram o interesse pelas investigações sócio-históricas dos currículos e das disciplinas que se constituíram em foco de análise de inúmeras pesquisas do campo do currículo.

Outro fator que influenciou o crescimento do número de estudos se refere ao movimento de renovação vivenciado pela historiografia da educação no Brasil, ampliando a noção de objeto e de fontes de investigação. O campo da História do Currículo e das Disciplinas Escolares tem se configurado, assim, como uma importante área de estudos por

fornecer um novo olhar para a escola, permitindo compreender a História da Educação para além da história dos ideários e dos discursos pedagógicos, vinculando-a a História Social do conhecimento. Tais estudos nos permitem, ainda, desnaturalizar o conhecimento presente nos currículos considerando-o como resultado de uma série de injunções que assumem o traço específico de cada espaço social e de cada época.

Com o objetivo de realizar um mapeamento das pesquisas produzidas no Brasil, Fonseca *et al* (2013) nos fornecem um panorama da produção de pesquisas em história do currículo e das disciplinas acadêmicas e escolares no período de 2000 a 2010. As autoras destacam que as investigações sobre as disciplinas escolares têm produzido um deslocamento na forma como a escola tem sido investigada no que se refere à sugestão de novas problemáticas, na heterogeneidade de fontes ou no diálogo estabelecido entre diferentes perspectivas teóricas.

Em sua investigação, as autoras puderam evidenciar também a existência de disputas pela hegemonia na produção de pesquisas em história do currículo e das disciplinas entre os campos do Currículo e da História da Educação. Destacaram, ainda, o interesse por tais investigações no Grupo de Trabalho de currículo da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPEd) e nos periódicos especializados, percebendo um maior número de publicações entre pesquisadores vinculados à História da Educação. Constataram, assim, que o aumento do interesse entre os historiadores da educação por estas pesquisas tem sido fortemente influenciado pelo contexto de renovação pelo qual passou a historiografia da educação brasileira, nas duas últimas décadas.

Tais disputas foram percebidas igualmente por Jaehn e Ferreira (*op. cit.*, p.257) ao afirmarem que “os estudos curriculares de natureza sócio-histórica produzidos no país vêm se constituindo como ‘híbridos culturais’ que disputam a hegemonia desse tipo de pesquisa com historiadores e, particularmente, com aqueles que focam na História da Educação.” Segundo Goodson (2006, p. 03), tais disputas acontecem “porque a própria História da Educação faz parte de um processo sociopolítico e, sendo assim, ela se defende contra novos tipos de história”. Entendemos, dessa forma, que a produção de conhecimento é permeada, entre outras, por questões políticas na busca por reconhecimento e autoridade científica em determinado campo<sup>5</sup> científico.

---

<sup>5</sup> A noção de campo aqui empregada é aquela utilizada por Pinar *et alii* (1995, citados por Moreira, 1998) como sendo “formado por pessoas que escrevem textos a partir dos limites historicamente estabelecidos e de tradições, regras e princípios que seus antecessores estabeleceram como razoáveis”.

Buscando compreender a relevância de nossa pesquisa para o campo do currículo e, igualmente, traçar um panorama dos trabalhos produzidos que contribuem para a compreensão das questões por nós levantadas, realizamos revisão bibliográfica no banco de dissertações e teses do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (PPGE/UFRJ)<sup>6</sup>. Procuramos, a partir desse levantamento, identificar as produções realizadas no âmbito no Núcleo de Estudos do Currículo (NEC) que nos auxiliassem a compreender nosso objeto de estudo.

Para a realização do levantamento das dissertações e teses defendidas no âmbito do PPGE/UFRJ foram adotados os seguintes procedimentos: acesso às dissertações e teses disponíveis na página do PPGE/UFRJ; análise das pesquisas defendidas, entre os anos de 2006 e 2016, por título, resumo e palavras-chave. Assim, buscamos por trabalhos cujas temáticas abordadas fossem consideradas relevantes para compreender nossa investigação. Dessa maneira, os trabalhos foram selecionados a partir das pesquisas realizadas com as seguintes palavras/assuntos: ‘mudança curricular’ ou ‘reforma curricular’; ‘história do currículo’ ou ‘história das disciplinas escolares’.

Considerando o número elevado de pesquisas com temáticas pertinentes ao currículo produzidas pelo NEC e que nosso estudo se debruça sobre a reformulação do currículo de um curso de uma das mais tradicionais instituições de educação médica, reconhecida socialmente pelo perfil de seu egresso e por seu currículo, nos interessaram as investigações que buscavam, subsidiadas pelos estudos históricos, entender os processos educacionais a partir da análise de instituições específicas. As investigações selecionadas procuravam compreender as dinâmicas sócio-históricas do currículo do curso de Pedagogia da UFRJ e da disciplina história do Colégio Pedro II.

Na primeira, Fonseca (2008)<sup>7</sup> procurou elucidar as dinâmicas que influenciaram a reformulação do curso de pedagogia da UFRJ. Para tanto, buscou compreender de que forma a ideia, construída no período analisado, de que a base da identidade profissional do pedagogo se constituía na docência, em detrimento da formação dos especialistas se fortaleceu. Para tanto, fundamentou-se nos estudos da história do currículo, dialogando com Ivor Goodson e com autores brasileiros como Antônio Flavio Moreira, Elizabeth Macedo e Marcia Serra

---

<sup>6</sup> As dissertações e teses do PPGE/UFRJ podem ser acessadas em: < <http://www.fe.ufrj.br/ppge/ppge.html>> acesso em 12/08/16.

<sup>7</sup> Fonseca, M.V.R. Entre especialistas e docentes: percursos históricos dos currículos de formação do pedagogo na FE/UFRJ. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

Ferreira. Seu estudo foi conduzido em uma perspectiva que articulava as relações macro/micro na construção curricular.

No percurso metodológico examinou e confrontou documentos produzidos entre 1939, ano de criação do curso de Pedagogia no Brasil, e 1992, ano da implantação do novo currículo da UFRJ. Investiu em uma análise que coloca os fatos históricos em uma perspectiva relacional e contextual, ampliando as fontes para além dos documentos escritos e valendo-se de depoimentos de cinco professores da instituição.

Em sua análise argumentou que, embora a defesa da ideia da docência como base da identidade profissional do pedagogo tenha se tornado central no final da década de 1980, seu surgimento relacionava-se às diferentes legislações educacionais instituídas historicamente. Defendeu que essa ideia se fortaleceu nos anos de 1980 como forma de garantir ao curso de Pedagogia o status de constituir-se como formação em ensino superior.

Nas considerações finais, afirma que as disputas em torno da reformulação curricular não estavam centradas no embate entre especialistas e docentes. Destaca também que, ao ser reformulado em 1992, em meio aos debates mais amplos em torno da formação do pedagogo, liderados pela Associação Nacional pela Formação dos Profissionais da Educação (ANFOPE), o novo currículo de Pedagogia reafirmou a tradição institucional de formação de docentes. Assinala, ainda que, a reforma buscava superar o caráter tecnicista do currículo, a intensa fragmentação de seus conteúdos e a dissociação entre teoria e prática.

Em análise semelhante, Santos (2009)<sup>8</sup> buscou investigar as características da dinâmica curricular da disciplina história no Colégio Pedro II, centrando suas análises na década de 1970. Trata-se de uma análise sócio-histórica do currículo, de abordagem qualitativa, embasada nas contribuições do teórico inglês Ivor Goodson.

A autora apoia-se nas considerações do pesquisador para identificar as retóricas legitimadoras empregadas pela comunidade disciplinar de História por meio de seu currículo prescrito. Combina, entretanto, suas análises com um enfoque investigativo que se debruça sobre as negociações para a realização do mesmo. Assim, realiza sua investigação considerando que a organização das disciplinas no currículo, bem como a seleção do conhecimento escolar, longe de apresentarem-se imparciais, configuram-se como um terreno de disputas.

---

<sup>8</sup> Santos, B. B. M. dos. O currículo da disciplina escolar História no Colégio Pedro II – a década de 70 – entre a tradição acadêmica e a tradição pedagógica: a História e os Estudos Sociais. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

O foco de sua observação esteve, então, na compreensão do papel desempenhado pelos professores catedráticos na dinâmica das relações entre o contexto interno da instituição e os grupos governamentais responsáveis pela formulação das novas políticas educacionais. A opção metodológica empregada procurou conjugar a pesquisa histórica documental e a história de vida de docentes da instituição e seus relatos sobre o período pesquisado.

Em suas conclusões, a autora afirma que a apropriação da Lei 5.692/71, que introduzia no currículo a disciplina Estudos Sociais, não se efetivou. Ao buscar compreender como tais professores dialogaram com o contexto de criação da disciplina Estudos Sociais verificou que a proposta estava em desacordo com a forma educacional da instituição caracterizada por uma grade curricular na qual predominavam disciplinas tradicionais.

Compreendendo também a importância de estender o mapeamento da produção de pesquisas sócio-históricas sobre o currículo, levantamos, a partir do banco de dissertações e teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)<sup>9</sup>, outras pesquisas que nos permitissem ampliar a análise de nossa investigação. Para tal levantamento foram utilizadas em associação as seguintes palavras-chave: ‘reforma curricular’ ou ‘mudança curricular’; ‘história do currículo’ ou ‘história das disciplinas’. Buscamos, dessa forma, pesquisas que nos ajudassem a compreender algumas questões que perpassam a construção ou reformulação curricular.

Observamos, a partir do filtro empregado, que o universo das pesquisas é composto, predominantemente, por estudos sobre as disciplinas ou currículos da educação básica. Entendendo que a área de saúde, na qual se insere o currículo por nós analisado, possui suas especificidades, procuramos por pesquisas em perspectiva histórica inseridas no universo das instituições de ensino superior, que se debruçassem sobre os currículos da área da saúde ou sobre as disciplinas acadêmicas que os integram.

Nossa busca foi, assim, refinada a partir do emprego de filtros nos campos de busca das dissertações e teses presentes no banco da CAPES, associando as palavras ‘medicina’ ou ‘saúde’; ‘mudança curricular’ ou ‘reforma curricular’; ‘história do currículo’ ou ‘história das disciplinas’. A partir desse levantamento observamos que tais pesquisas têm despertado ainda pouco interesse de pesquisadores inseridos no campo do currículo ou mesmo daqueles filiados à área da saúde.

---

<sup>9</sup> As dissertações e Teses do Banco de Dissertações e Teses da Capes podem ser acessadas em: <<http://bancodeteses.capes.gov.br/banco-teses/#/>> acesso em 15/07/16.

Uma dessas pesquisas, realizada por Torres (2002)<sup>10</sup>, analisa historicamente a criação, a inserção e o percurso da disciplina de epidemiologia no currículo de graduação em medicina, especificamente, no curso médico da UFRJ. Na análise de Torres, as últimas reformas curriculares têm produzido efeitos pouco significativos nos currículos das escolas médicas, persistindo o distanciamento entre as reais necessidades de saúde da população e o ensino de Epidemiologia e, conseqüentemente, o currículo do curso médico. Segundo o autor, o mesmo está subordinado à organização social da medicina e dessa forma, contribui para reproduzir a estrutura do sistema capitalista quando, por exemplo, possibilitam aos diferentes grupos sociais reconhecerem seus papéis nas relações sociais mais amplas e não somente naquelas explícitas nos currículos.

Nessa visão, a escola reproduz as relações sociais que visam à manutenção do *status quo*, considerando-se o currículo um artefato social, construído a partir de determinantes tais como interesses econômicos, necessidade de legitimação ou dominação e disputas por poder. Esse olhar sobre as instituições de ensino evidencia, assim, o caráter ideológico e político das implicações desse sistema nas escolas médicas em geral, no processo de formação e, conseqüentemente, em seus currículos.

Quanto à metodologia, o autor utiliza a estratégia de cotejar os documentos oficiais (Diretrizes Curriculares, Portarias e Programas) com entrevistas semi-estruturadas. Dessa forma, “os profissionais foram entrevistados para detectar as transformações ocorridas que não aparecem nos documentos oficiais.” (Torres, op. cit, p. 31).

Em estudo semelhante, Tavano (2011)<sup>11</sup> busca analisar as tensões que incidem sobre a disciplina anatomia, a partir das propostas de reforma curricular, iniciadas nos anos de 1990 nas escolas médicas, que sugeriam uma maior integração entre os diferentes saberes e se opunham ao modelo americano tradicional e hierarquizado entre disciplinas do ciclo básico e o ciclo clínico<sup>12</sup>. A autora realizou uma análise sócio-histórica da trajetória da disciplina nos currículos dos cursos da área da saúde, dialogando com os autores Ivor Goodson, André

---

<sup>10</sup> Torres, C. H. D. A. Ensino de Epidemiologia na escola médica. A institucionalização da Epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

<sup>11</sup> Tavano, P. T.; Onde a morte se compraz em auxiliar a vida: a trajetória da disciplina anatomia a humana no currículo médico da primeira faculdade oficial de medicina de São Paulo – o período de Renato Locchi (1937-1955), Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2011.

<sup>12</sup> Os currículos médicos tradicionais dividem as disciplinas em ciclo básico, referentes aos anos iniciais de formação e ciclo clínico, relativos aos anos finais da formação, composto por disciplinas aplicadas.

Chervel e Circe Bittencourt, cujos trabalhos têm subsidiado as pesquisas no campo dos estudos do currículo.

No que se refere ao percurso metodológico, a autora optou por confrontar as análises do acervo bibliográfico: conteúdo dos livros didáticos, publicações em periódicos especializados e compêndio com as do acervo documental: cartas, ofícios, livros de registro de aulas e atividades práticas, programas das disciplina e circulares. Tal opção evidencia a valorização das fontes escritas na busca por identificar permanências e mudanças no ensino de Anatomia.

Tavano (op. cit.) conclui que a reforma curricular tende a produzir um esmaecimento das fronteiras disciplinares, gerando tensões que enfraquecem a retórica da comunidade disciplinar que, ao ver seu espaço reduzido e não mais encontrando meios de defesa de seu território, migra em busca de novas fronteiras socialmente mais relevantes. Destaca, no entanto, que a comunidade disciplina buscou retóricas legitimadoras para criação, manutenção e ampliação do espaço no currículo.

Nos dois estudos que buscaram investigar o percurso de disciplinas específicas evidenciam-se diferenças marcantes quanto ao posicionamento dos pesquisadores, perceptíveis a partir de suas argumentações em defesa das disciplinas analisadas. Entendemos que tal diferença se deve, principalmente, ao *status* que as mesmas possuem nos currículos. Por exemplo, enquanto anatomia, por sua tradição centenária, ocupa posição consolidada nos currículos e tem passado por tensões, decorrentes dos processos de reformulação curricular, iniciados no final dos anos de 1990, que colocam em xeque seu *status*, reposicionando-a e abalando sua condição hegemônica no currículo, a epidemiologia, como disciplina, conquistou recentemente espaço nos currículos do curso médico e vem, desde então, buscando se afirmar e garantir sua permanência.

Outro ponto destacado nestes dois estudos em análise se refere à identidade da disciplina. Em suas conclusões, Torres (op. cit.) afirma que a epidemiologia, criada inicialmente como disciplina, passou a constar de um módulo de uma das disciplinas de medicina preventiva, dissipando, assim, seus limites disciplinares, adquirindo *status* baixo nos currículos e evidenciando a preocupação com a inserção dos conteúdos da disciplina em situação hierarquicamente desprestigiada em relação aos de outra área. A mescla desses conteúdos produz efeitos significativos, não somente no que se refere à organização curricular, mas, da mesma forma, no que concerne à identidade profissional dos docentes, nos significados inerentes a sua própria profissionalização, nos limites de sua atuação. Dificulta-

se, assim, a identificação da disciplina pelos alunos, diminuindo seu prestígio e poder nos currículos e mobilizando convicções acerca do conhecimento a ser ensinado.

Tavano (op. cit.) conclui que, em movimento oposto, a anatomia busca, como disciplina, assegurar sua situação hegemônica nos currículos. Pra tal, os membros da comunidade disciplinar empreendem um gama de esforços para determinar seus limites espaciais, apesar da pressão em torno da dispersão de seus conteúdos, provocada pelas reformulações curriculares iniciadas nos anos de 1990 e que tiveram continuidade com as Diretrizes Curriculares de 2001 e 2014.

Em nossa pesquisa buscamos, com base nos trabalhos de Ivor Goodson, analisar elementos relacionados às macro e microestruturas que se relacionam à formação de médicos. Procuramos compreender a trajetória de reforma curricular do curso de medicina a partir das análises dos processos que se configuram no interior da escola, mas sem perder de vista as relações que se estabelecem em um contexto social mais amplo. Compreendemos, como Ferreira (2005, p.7), que a análise dos processos vivenciados em um determinado contexto institucional possibilitou uma reinterpretação dos processos sócio históricos e educacionais mais amplos. Dessa forma, não nos restringimos a um enfoque macro sobre as mudanças mundiais nos processos de formação em saúde e, tampouco, no movimento de redemocratização, ocorrido no Brasil, nos anos de 1980, que possibilitou a conquista de direitos sociais tais como saúde e educação, influenciando, assim, os rumos da educação médica.

Da mesma forma, não circunscrevemos nossa pesquisa em uma abordagem internalista, restrita apenas ao contexto local no qual se desenrola a reforma, isto é, à Faculdade de Medicina e à Universidade Federal do Rio de Janeiro. Buscamos, ao contrário, evidenciar padrões de permanência e mudança no currículo em tela, relacionando-os com fatores externos, internos à universidade e com as histórias dos sujeitos envolvidos no processo de reformulação curricular, possibilitando, desse modo, uma análise contextualizada das políticas de formação do médico. Da mesma forma, foi possível compreender o processo de construção/reconstrução do currículo de medicina da Faculdade de Medicina da UFRJ, iniciado no ano de 2010 e ainda em curso.

Assim, para compreender as permanências/mudanças ocorridas no currículo do curso médico em tela, fez-se necessário investigar determinantes sociais, políticos e históricos, externos e locais, que vêm influenciando o processo de reformulação curricular. Buscamos entender quem são os atores envolvidos no processo de reforma curricular, assim como de que forma algumas das principais orientações norteadoras da estrutura curricular do curso médico,

preconizados pelas DCNM, vêm sendo compreendidas pelo grupo responsável pela reforma do curso médico da UFRJ.

Partimos do pressuposto de que, embora as DCNM não fixem conteúdos a serem ensinados, definem fundamentos, princípios e procedimentos para a formação de médicos e orientam a elaboração, desenvolvimento e avaliação dos Projetos Políticos Pedagógicos dos cursos de medicina em âmbito nacional.<sup>13</sup> Assim, tais Diretrizes orientam e fornecem concepções curriculares ao curso de graduação em medicina que são acompanhadas pelo MEC e permanentemente avaliadas, constituindo-se em direcionamento para o processo de formação de médicos.<sup>14</sup>

Compreendemos também que tais direcionamentos visam produzir uma uniformização nos processos de formação. Argumentamos, contudo, que as orientações das DCNM vão de encontro às práticas instituídas no contexto institucional, gerando conflitos. Tais conflitos se originam da desarmonia entre os movimentos de mudança externo e o contexto e práticas institucionais e tendem a fazer com que os processos não produzam mudanças.

Estabelecendo os limites de nossa análise, compreendemos a relevância de entender de que forma são compreendidas pelo PEM algumas das principais orientações preconizadas pelas DCNM, a saber, a mudança na estrutura do curso médico atualmente dividido em ciclo básico e ciclo clínico<sup>15</sup> para um modelo que integre componentes curriculares desses dois ciclos; a ampliação da carga horária do internato e as disputas em torno do termo ‘necessidades de saúde dos indivíduos e da população’. A escolha de tais orientações deveu-se ao fato de as mesmas proporem alterações na estrutura do currículo ou em sua filosofia.

A primeira orientação refere-se ao direcionamento para a transição de um modelo flexneriano<sup>16</sup> de formação do médico no qual o ensino está dividido em dois ciclos, o primeiro de disciplinas básicas, chamado de ciclo básico e o segundo, de disciplinas relativas às áreas/especialidades médicas, o ciclo clínico ou profissional, para uma proposta de ensino em

---

<sup>13</sup> Instituído pelo art. 2º da Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001.

<sup>14</sup> Instituído pelo art. 13 da Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001.

<sup>15</sup> Os currículos das escolas médicas tradicionais agrupam as disciplinas em ciclo básico, referentes aos anos iniciais de formação e ciclo profissional ou clínico, relativos aos anos finais da formação, composto por disciplinas aplicadas.

<sup>16</sup> Referente ao estudo de Abraham Flexner sobre a educação médica e as escolas médicas americanas e canadenses, que resultou no Relatório Flexner, publicado em 1910.

que predominem ações voltadas para a integralidade<sup>17</sup>, aproximando a formação do médico das necessidades de atenção básica<sup>18</sup> (Lampert, 2009)<sup>19</sup>.

Partimos do entendimento de que tal modificação provoca alterações na estrutura do currículo ao preconizar a integração de componentes curriculares atualmente ensinados em disciplinas pertencentes aos ciclos básico ou clínico. Compreendemos que o conceito de disciplina é um poderoso dispositivo no entendimento sobre os mecanismos de seleção e regulação dos conhecimentos presentes nos currículos. Além da análise das disciplinas indicar informações importantes sobre sua organização, nos fornecem também subsídios para compreender de que forma a escola seleciona, organiza e distribui o conhecimento. Para Goodson (1997a), a disciplina é importante, principalmente, por definir o território de um departamento dentro da instituição de ensino e por delinear, a partir da posição que ocupa nos currículos, as prerrogativas de carreira que os professores podem obter, tais como melhores alunos, alocação ou salários.

Revelaram-se, então, no caso em análise, indícios de tensões e disputas entre duas vertentes antagônicas no que se refere ao desenho curricular: a do ensino disciplinarizado, com fronteiras rígidas e claramente estabelecidas e a do ensino integrado em que tais demarcações tendem a se dissipar, articulando os conteúdos do ciclo profissional com aqueles do ciclo básico e privilegiando a integração das dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais. Dessa forma, pudemos afirmar que os embates em torno da disciplinarização não são tão somente externos, mas possuem, em especial, um caráter simbólico e que a discussão em torno da seleção e organização do conhecimento presente nos currículos está imersa também em relações que envolvem disputas por “status, recursos e território” no âmbito das instituições de ensino (Goodson, 2011).

A segunda orientação relaciona-se aos efeitos produzidos, no processo de reforma curricular, pelas alterações na configuração do internato que preveem o aumento da carga horária mínima das atividades do estágio curricular para 35% (trinta e cinco por cento) da

---

<sup>17</sup> A integralidade na atenção à saúde constitui-se em um dos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS no qual o indivíduo é compreendido como um todo indivisível e integrante de uma comunidade. Assim, as ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde consideram a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e as dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado.

<sup>18</sup> A Atenção Básica é a porta de entrada do cidadão no SUS, configurando-se no primeiro nível de atenção em saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação.

<sup>19</sup> Instituído pelo art. 12 da Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001.

carga horária total do Curso de Graduação em Medicina<sup>20</sup>. Tal ampliação implica na extensão do período de internato de um ano e meio para dois anos, com a conseqüente necessidade de redução da carga horária das disciplinas obrigatórias na grade curricular. A redução da carga horária das disciplinas produz efeitos nas atividades, alocação e contratação dos docentes, não só da Faculdade de Medicina, mas também dos diversos institutos que participam das disciplinas do ciclo básico. Assim, garantir espaço no currículo significa legitimar poder político não só na instituição, mas também na produção do conhecimento e no mundo do trabalho.

A terceira orientação refere-se à existência de traços de conflitos entre os diferentes sentidos atribuídos, na instituição, a um dos eixos norteadores do currículo médico, preconizado pelas DCNM, simbolizado no termo ‘necessidades de saúde dos indivíduos e da população’. O termo pode ser problematizado de várias maneiras: (a) Quais são essas necessidades?; (b) O que se entende por saúde? e (c) De que população está se falando?. As discussões situavam-se, assim, em termos de que médico se deseja formar e revelavam indícios de posicionamentos ideológicos distintos em torno das competências exigidas do egresso.

Evidenciamos um conjunto de forças que tendiam para uma formação de médicos mais voltada para as doenças mais prevalentes na população, entendendo a graduação como uma etapa inicial da formação na qual o aluno deveria ser formado em uma perspectiva generalista e, mais tarde, pudesse vir a dar continuidade a sua formação e escolher uma especialidade. Esse posicionamento, entretanto, não representava um consenso na Faculdade. Evidenciamos outra corrente, fortemente ancorada na pesquisa, que tendia a direcionar a formação do médico para um posicionamento mais voltado para o aprofundamento das áreas de estudo, isto é, para a pesquisa/especialidades.

Em síntese, a partir dos estudos curriculares em perspectiva histórica e com base no referencial apresentado, exploramos algumas das principais orientações preconizadas pelas DCNM que têm norteado as discussões sobre a reformulação curricular na FM/UFRJ. Defendemos que os movimentos externos de mudança, ao preconizarem o ensino centrado na integralidade e voltado para o Sistema Único de Saúde, deslocando a formação curricular do modelo biomédico, não se encontravam alinhados com os interesses locais e com as tradições curriculares construídas historicamente, caracterizando conflito entre o local e o externo e

---

<sup>20</sup> Redação dada pelo art. 7º da Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001.

sugerindo que o processo de reforma tenderia à estabilidade curricular, ou seja, à manutenção do modelo biomédico.

### 1.3 METODOLOGIA

Desenvolveu-se, neste projeto, um estudo com abordagem qualitativa. Basicamente, nossa pesquisa utilizou três estratégias: nossa observação nas reuniões do PEM, análise documental e entrevistas individuais com membros do grupo, buscando traçar a trajetória do atual processo de reforma curricular do curso médico da Faculdade de Medicina da UFRJ.

Pretendemos, assim, utilizando vários procedimentos de obtenção de dados, operar uma forma de triangulação de fontes (Denzin e Lincoln, 1978, citados por Alves-Mazzotti, 1998). Nesta triangulação, buscamos compreender a construção do currículo do curso médico com base nos pontos de vista dos participantes do PEM sobre o processo de reformulação curricular, de suas falas nas entrevistas e da fala social do grupo. Essas narrativas foram confrontadas com os documentos pertinentes à reforma e com a observação ocorrida em nossa participação nas reuniões do PEM. Compreendemos, como Spink e Menegan (2000), que a triangulação permitiu integrar resultados complementares a fim de possibilitar uma visão sobre um fenômeno a partir de múltiplas perspectivas, enriquecendo, assim, sua interpretação.

Inicialmente cabe esclarecer que, a realização dessa pesquisa foi autorizada pela Direção Adjunta de Graduação e Coordenação do PEM (Anexo A). Com referência a nossa observação nas reuniões, assim como os demais membros do PEM, participamos ativamente das discussões sobre a reforma, defendendo nosso posicionamento acerca da formação do médico. O fato de não pertencer à área da saúde não nos impediu de militarmos em defesa da formação de médicos.

Para além dos aspectos técnicos, como todo usuário do sistema de saúde, possuímos nossa própria representação acerca das habilidades esperadas de um ‘bom médico’. Ademais, nossa vivência no ensino nos possibilitou lançar um olhar para as discussões sobre o ensino de medicina, no que se refere às questões pedagógicas, diverso daquele dos participantes do PEM, em sua maioria médicos ou pesquisadores da área básica.

No que se refere à frequência das reuniões, destacamos que, apesar de não haver uma periodicidade para a realização das mesmas, entre os anos de 2010 a 2014 foi realizada, em média, uma reunião a cada quinze dias durante o ano letivo. Cabe ressaltar também que participamos de praticamente todas as reuniões no período analisado.

As reuniões, abertas a todo corpo social da FM/UFRJ, eram, em geral, conduzidas pelo Coordenador do PEM ou, eventualmente, por um substituto por ele designado. Tais reuniões costumavam ser agendadas por correio eletrônico e ocorriam em salas de aula ou em anfiteatros previamente reservados para essa finalidade. Embora as reuniões fossem absolutamente democráticas, cabe ressaltar que, porque os espaços citados não se destinavam à realização de reuniões, a disposição espacial do mobiliário influenciava na dinâmica das mesmas. Normalmente o Coordenador, ainda que de forma não intencional, ocupava a posição de palestrante ou de professor, à frente da sala/anfiteatro, sugerindo, assim, uma posição hierárquica em relação aos membros.

Utilizamos como fontes de análise nesse estudo, além de nossas observações nas reuniões do Programa de Educação Médica, as sínteses das reuniões do PEM, geralmente realizadas por seu Coordenador, as sínteses do seminário de Educação Médica realizado na Instituição em 2008, os Regimentos do PEM e da Faculdade de Medicina, o texto do currículo vigente (1997) do curso de medicina, o texto das DCNM (Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001) e entrevistas, semiestruturadas, que foram realizadas e orientadas segundo roteiro de questões abertas para a obtenção dos dados (Anexo C). Vale ressaltar que obtivemos autorização da Direção Adjunta de Graduação e Coordenação do PEM para acesso a consulta e utilização de todos os documentos pertinentes à reforma (Anexo B).

Assim, ao optarmos pela heterogeneidade de fontes, métodos ou abordagens teóricas buscamos multiplicar e enriquecer nossas possibilidades de interpretação dos fenômenos em estudo. A estratégia de se entrecruzar fontes diversificadas, de problematizá-las e interrogá-las implicou entendê-las não como um testemunho neutro ou como verdade, mas como produção carregada de ideologia e originada em meio a um contexto imbricado por tensões e disputas em que algumas vozes possam ter sido omitidas ou silenciadas pelos jogos de poder. Consideramos, dessa forma, os embates e as tensões em que se encontravam envolvidos os diferentes atores sociais em torno da elaboração dos currículos.

Compreendemos, dessa maneira, os documentos a partir de uma visão ampliada, como afirma Le Goff (1996), nos quais não está revelada a verdade de uma determinada época, tal qual foi escrita. Ao contrário, para o autor um documento é uma construção sujeita à conjuntura do momento em que foi produzido, podendo apresentar-se como uma “roupagem, uma aparência enganadora ou uma montagem” (Le Goff, 1996, p. 148), cabendo ao pesquisador desconstruir, desmontar a suposta verdade do documento, centrando a análise nas condições de sua produção. Os documentos são, assim, uma seleção de um indivíduo ou de uma comunidade a qual é mediada por determinadas contingências. Assim não tomamos os

documentos como meros relatos ou descrições objetivas da realidade, mas como construções sociais e expressões de interesses de grupos em posição hegemônica em determinado momento histórico.

No que se refere à coleta de depoimentos, optamos por entrevistar, ao todo, cinco professores que participaram ativamente do PEM, atuaram em atividades de ensino e gestão da instituição e exerceram função em diferentes Departamentos da Faculdade de Medicina ou setores do HUCFF. A escolha dos entrevistados se deveu por identificarmos a relevância de sua participação nas discussões do PEM e seu envolvimento com a educação médica dentro e fora da instituição. Além de atuarem como professores, todos os entrevistados são médicos egressos da FM/UFRJ e ocupam ou ocuparam cargos de Coordenação e/ou Direção na instituição.

Decidimos, então, ouvir o atual Coordenador do Programa de Educação Médica, além de dois professores cujas atuações na instituição seguem uma orientação generalista, em consonância com o preconizado pelas DCNM. Esses três docentes estão lotados, respectivamente, nos Departamentos de Psiquiatria e Medicina Legal, de Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade.

Para uma melhor compreensão do atual currículo do curso médico e, conseqüentemente, das possíveis alterações suscitadas pela apropriação das orientações das DCNM, optamos por entrevistar, da mesma forma, o Diretor Adjunto de Graduação da gestão 1994-1997, período em que foi aprovado e implantado o currículo atualmente vigente. Entrevistamos também uma professora que teve participação expressiva na elaboração do currículo vigente (1997), no processo de reforma anterior. A referida professora além de ter ocupado a Direção da Faculdade é também uma das mais antigas professoras do Departamento que possui grande representatividade dentro da instituição, o Departamento de Clínica Médica. Atualmente, chefia o recém-criado Departamento de Medicina de Família e Comunidade.

A escolha desses docentes também foi embasada pelo fato de muitas das questões que motivaram as atuais discussões para a reformulação curricular já se constituíam em pontos de divergência na elaboração do currículo vigente. Assim, compreendemos que a visão dos entrevistados sobre tais questões nos permitiriam uma análise mais ampla de tais divergências, buscando evidenciar permanências e rupturas no ensino de medicina. Os referidos docentes integram ou integraram o corpo docente dos Departamentos de e Medicina Preventiva, Clínica Médica e Medicina de Família e Comunidade.

As entrevistas foram realizadas na sala da Direção Adjunta de Graduação, à exceção do depoimento da Professora E que, por motivos de saúde, foi colhido na sede do Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS). Os relatos foram tomados no período de março de 2011 a agosto de 2016. No que se refere ao registro, todos os depoimentos, com duração aproximada de uma hora e meia, foram gravados e transcritos na íntegra. Por se tratarem de questões abertas nas quais os entrevistados falaram livremente, a linguagem dos depoimentos é coloquial. Para manter o sentido original de suas falas na transição da oralidade para a escrita, a citação dos trechos das entrevistas foi realizada preservando a linguagem e a estrutura utilizadas pelo docente.

Cabe ressaltar, no entanto, que optamos por utilizar o recurso gráfico de negrito, para destacar eventuais ênfases dadas pelos entrevistados a determinadas palavras ou expressões. Da mesma forma, para uma melhor compreensão de suas falas, acrescentamos entre colchetes alguns termos suprimidos pelos entrevistados no transcrito de seus depoimentos.

Ao optarmos por entrevistas, buscamos, a partir do relato dos sujeitos que vivenciam os processos e movimentos de reforma dentro da instituição, recuperar acontecimentos que, eventualmente, possam ter sido postos em plano secundário pelos registros oficiais. Tal estratégia permitiu a identificação de pontos de vista diversos ou contrários sobre o mesmo fato, os quais, omitidos ou desconsiderados pelo discurso do poder, estariam destinados ao esquecimento e não possibilitariam uma melhor compreensão dos fenômenos analisados.

Procuramos, dessa forma, com a história oral, obter o registro de experiências e representações dos indivíduos e, assim, perpetuar suas vivências e impressões, bem como compreender a lógica das relações estabelecidas no interior de grupos sociais dos quais o entrevistado faz parte em determinado tempo e espaço. Tal opção metodológica nos permitiu compreender como indivíduos experimentaram e interpretaram acontecimentos, situações e modos de vida de um grupo ou da sociedade em geral.

Não se trata, contudo, unicamente da memória de um indivíduo, mas das lembranças de um indivíduo inserido em um contexto social e cujas memórias são induzidas pelo coletivo, uma vez que “A memória de um pode ser a memória de muitos, possibilitando a evidência dos fatos coletivos.” (Thompson, 1992, p. 17). Assim, procuramos colocar-nos no lugar social ocupado pelo entrevistado, tentando entender o objeto com base nos condicionamentos que o moldam e que estão associados a sua própria trajetória e posição neste espaço social.

Compreendemos, da mesma forma, as entrevistas não como meros instrumentos de coleta de informações, mas como eventos discursivos elaborados não só na relação

entrevistador/entrevistado, mas nas representações, imagens e expectativas de ambas as partes que circulam no ato de realização, bem como nos momentos da transcrição e da análise (Silveira, 2002). O texto resultante das mesmas caracteriza-se por uma construção partilhada entre entrevistador e entrevistado.

Entendemos, assim, que a observação do entrevistado é uma das muitas possíveis e está condicionada não somente pelo grupo social do qual faz parte, mas sim por variáveis tais como sua vivência e seu tempo histórico. As falas dos entrevistados não foram tomadas, desse modo, como retratos fiéis da verdade, mas são confrontadas com outros olhares e com a observação em campo pelo pesquisador, possibilitando uma ampla visão do universo investigado.

Para determinar o recorte temporal de nossa pesquisa, consideramos que as discussões sobre a reforma curricular, apesar de iniciadas em 2009, somente foram sistematizadas a partir do ano de 2010. As reuniões realizadas no ano de 2009 ocuparam-se, fundamentalmente, da elaboração do Regimento do PEM e da fixação de metas e das diretrizes de seu funcionamento. A partir das reuniões de 2010 as discussões tiveram como objetivo discutir as questões pertinentes ao ensino médico e à reforma. No período de 2010 a 2014 os debates alcançaram avanços significativos no que se refere ao desenho curricular, à filosofia do curso e ao perfil do egresso.

Compreendemos que situar a fala dos entrevistados nos possibilita entender melhor sua percepção sobre determinado fato. Assim, com o intuito de compreender a escolha dos professores, na próxima seção, apresentamos o lugar social dos docentes e diretores cujos depoimentos nos ajudaram a traçar a trajetória da reforma curricular do curso médico da UFRJ.

#### **1.4 OS SUJEITOS DA ANÁLISE: O LUGAR DE ONDE FALAM OS ENTREVISTADOS**

Para a realização desta pesquisa foram entrevistados cinco professores da Faculdade de Medicina da UFRJ, todos médicos com larga experiência na carreira docente e grande dedicação à questão da educação médica. Destacamos que os mesmos participaram ativamente da reformulação curricular no período analisado. Com o objetivo de compreender suas falas e o contexto no qual se inserem, faz-se necessária a descrição de tais professores e das funções desempenhadas por eles na Instituição, compreendendo que o lugar social do qual falam influenciam seu olhar sobre o processo de reforma.

Optamos por não identificar os entrevistados e, dessa forma, nos referimos aos mesmos pelas denominações: Professor ou Professora A, B, C, D e E. Tais denominações obedeceram à sequência cronológica e aleatória das entrevistas. Todos os entrevistados, ex-alunos da FM/UFRJ, iniciaram suas atividades docentes na instituição, tendo ampla experiência no trabalho docente no curso de Medicina da UFRJ, além de terem exercido muitas das funções administrativas na Instituição.

O Professor A, graduou-se pela FM/UFRJ no ano de 1976 e fez sua residência médica em Psiquiatria, no Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ), entre os anos de 1978 e 1980. Ingressou como Professor na FM/UFRJ em julho de 1980. Atualmente é professor assistente IV do departamento de Psiquiatria e Saúde Mental. Dentre as funções administrativas no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, exerceu a de Chefe do Serviço de Psiquiatria, entre os anos de 1991 e 1998, Coordenador Geral da Coordenação de Atividades Educacionais (CAE/HUCFF) no período de 2002 a 2006, além de ser Presidente da Comissão de Bioética do HUCFF. Na Faculdade de Medicina exerceu as funções de Coordenador Didático da disciplina Psicologia Médica, Coordenador Didático e Substituto Eventual do Chefe do Departamento Psiquiatria e Medicina Legal. Assumiu a Direção Adjunta de Graduação da Faculdade de Medicina, na gestão do Professor Antônio Lêdo Alves da Cunha. Esteve à frente da Direção Adjunta entre junho de 2010 e janeiro de 2015. É, atualmente, Coordenador do Programa de Educação Médica da FM/UFRJ.

O Professor B graduou-se pela FM/UFRJ em 1965 e fez residência médica em Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), no HUCFF, no período de janeiro de 1966 a dezembro de 1967. Iniciou suas atividades como docente do Departamento de Medicina Preventiva da FM/UFRJ em 1968 e, atualmente, está aposentado. Exerceu, na FM/UFRJ, as funções de Coordenador da disciplina de DIP, Coordenador do Internato, Chefe do

Departamento de Medicina Preventiva, entre os anos de 1988 e 1994, Coordenador da Pós-Graduação e Diretor Adjunto de Graduação da FM/UFRJ, entre os anos de 1994 e 1998, ficando responsável pela condução do processo de implantação do atual currículo do curso médico (1997). No HUCFF, foi Chefe do Serviço de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), entre os anos de 1988 e 1990, e Coordenador da Residência Médica.

A Professora C graduou-se pela FM/UFRJ em 1970 e fez residência médica, entre os anos de 1971 e 1972, na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Iniciou suas atividades como professora do Departamento de Clínica Médica da FM/UFRJ em 1977 e, atualmente, é professora titular. Exerce a função de Chefe do recém-criado Departamento de Medicina de Família e Comunidade, além de coordenar o Programa de Atenção Primária à Saúde (PAPS). Desempenhou, na FM/UFRJ, as funções de Coordenadora do curso de Pós Graduação em Clínica Médica, Diretora Adjunta da Pós Graduação da FM, no período de 1986 a 1990, Diretora da FM entre os anos de 1990 e 1994. Ainda no âmbito da UFRJ, foi Decana do Centro de Ciências da Saúde no período de 1994 a 1998. Externamente à UFRJ, participou da Comissão de Avaliação da CAPES entre os anos de 1985 e 1990 e da Comissão de Avaliação do MEC em 2006, além de coordenar, de 2004 a 2014, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)<sup>21</sup>.

O Professor D graduou-se em 1980 pela FM/UFRJ e fez residência em Clínica Médica e Hematologia Clínica entre 1981 e 1984, no HUCFF. Ingressou na FM/UFRJ como Professor Colaborador em 2003, atuando, até o presente momento, nas disciplinas do Departamento de Clínica Médica, Propedêutica e Medicina Interna I. Foi substituto eventual do Diretor Adjunto de Graduação do Professor A e, atualmente, é substituto eventual da Diretora Adjunta de Graduação da FM/UFRJ. Externamente à FM, foi Coordenador de Integração Acadêmica do Centro de Ciências da Saúde (CCS) entre 2005 e 2007.

A Professora E graduou-se pela FM/UFRJ em 1980 e fez residência médica em Clínica Médica entre os anos de 1981 e 1983. Ingressou como médica no HUCFF em 1987 e como Professora Colaboradora do Departamento de Clínica Médica da FM/UFRJ em 1998.

---

<sup>21</sup> Programa desenvolvido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com a Secretaria de Educação Superior (SESU) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), cujo objetivo é a integração ensino-serviço, visando à reorientação da formação profissional, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população.

A articulação entre as Instituições de Ensino Superior e o servidor público de Saúde visa potencializar as respostas às necessidades concretas da população brasileira, mediante a formação de recursos humanos, a produção do conhecimento e a prestação dos serviços com vistas ao fortalecimento do SUS.

Exerce a função de Coordenadora do Programa Curricular de Atenção Integral à Saúde desde 2005. Atualmente, é docente colaboradora do recém-criado Departamento de Medicina de Família e Comunidade (DMFC), representante do PAPS e do DMFC.

Dois destes professores, B e C, protagonizaram o processo de reforma curricular do Curso de Medicina, que deu origem ao currículo atualmente vigente e, portanto, suas falas contribuem também para a compreensão do processo de reforma anterior, ocorrido entre 1994 e 1998. Acreditamos que sua percepção acerca do ensino médico na Faculdade de Medicina da UFRJ nos permite entender os movimentos de estabilidade e mudança curricular no caso em análise.

Com o intuito de apontar o enfoque dado em nosso estudo, buscamos, no presente capítulo apresentar os procedimentos teóricos metodológicos que embasaram nossa pesquisa. Inicialmente, discutimos a concepção de currículo empregada em nossa análise, ressaltando de que modo os estudos históricos do currículo e das disciplinas escolares realizados por Ivor Goodson nos auxiliaram a compreender os embates travados no processo de reforma curricular do curso médico da FM/UFRJ. Com a finalidade de entender o contexto no qual os entrevistados se inserem e, também, suas falas, apresentamos uma breve descrição dos professores e diretores que participam da reforma.

Na próxima seção nos dedicamos a apontar as principais questões que se constituíram em objeto de embate para a elaboração do currículo vigente em 1997, a maioria delas ainda em debate no atual currículo. Da mesma forma, para compreender os modelos de formação em disputa, analisamos o cenário da educação em saúde que possibilitou a criação das DCNM. Finalmente, a fim de entender os elos entre os participantes da reforma, buscamos elucidar o movimento de criação do Programa de Educação Médica da FM/UFRJ.

## **2 PARADIGMAS NA FORMAÇÃO DO MÉDICO: INTER-RELAÇÕES ENTRE SAÚDE E EDUCAÇÃO**

Neste capítulo resgatamos um pouco da história do curso médico de uma das mais antigas instituições do Brasil. Com a finalidade de melhor salientar os questionamentos, embates e conflitos na atual reforma curricular, destacamos os conceitos que deram origem ao atual currículo, evidenciando, assim, o conjunto das principais ideias acerca da formação de médicos que circulavam na instituição àquela época e que ainda orientam o atual currículo.

Da mesma forma, apresentamos aspectos da estrutura curricular do currículo vigente, ressaltando as principais alterações promovidas pela reforma curricular, iniciada em 1989 e aprovada em 1995, buscando compreender as questões do atual currículo que suscitaram o processo de mudança e as discussões do PEM. A análise dessas questões se justificou pelas disputas travadas em torno das mesmas que vêm delineando os rumos da reforma.

Buscamos, ainda, neste capítulo, compreender os movimentos de mudança na saúde e no cenário da educação médica que possibilitaram a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina. Para isso, apresentamos alguns eventos das últimas décadas do século XX nos quais se delinearam alguns dos princípios básicos que orientaram as mudanças na organização dos sistemas de saúde e na formação médica no mundo e no Brasil. Abordamos também o contexto de criação do Programa de Educação Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ e aspectos relevantes de seu funcionamento para compreender a dinâmica do processo de reforma.

Ainda que nossa proposta seja analisar no próximo capítulo as entrevistas e os documentos por nós recolhidos, compreendemos que a utilização de alguns depoimentos contribui para ilustrar determinados aspectos do currículo atual que serão apresentados. Assim, confrontamos informações contidas nas fontes documentais com a vivência de nossos entrevistados.

## **2.1 O CURSO MÉDICO DA UFRJ – 208 ANOS DE HISTÓRIA**

### **2.1.1 FILOSOFIA DO CURSO MÉDICO: O IDEAL DE MÉDICO A SER FORMADO**

A maior parte dos princípios presentes no atual currículo do curso médico da UFRJ refletem tendências mundiais na educação médica à época de sua elaboração e já circulavam na instituição havia uma década. Os objetivos principais da formação eram assegurar aos médicos sólida base científica e habilitá-los a prevenir, diagnosticar e tratar os problemas de saúde mais comuns da população.

De acordo com os documentos oficiais, a formação objetivava proporcionar aos egressos do curso de medicina da UFRJ uma base mais generalista do que especializada e que os mesmos, ao final do curso, fossem capazes de atuar na prevenção e tratamento das doenças mais prevalentes da população, encaminhando os casos mais complexos às unidades de saúde secundárias ou terciárias<sup>22</sup>, sem excluir, da mesma forma, a importância de desenvolver nos futuros médicos uma visão crítica, principalmente acerca da grande quantidade de conhecimento produzido, bem como o senso de compromisso social que lhes permitisse assumir um papel de agente de transformação social (Brasil, 1997). A observação da grade curricular, no entanto, evidenciou que as disciplinas do ciclo profissional dividem-se em especialidades, orientando o perfil dos egressos para a formação de médicos especialista.

O ideário da formação do médico foi fortemente influenciado pelos grandes avanços no campo da ciência, pelo acelerado desenvolvimento tecnológico e pela necessidade de lidar com uma extensa quantidade de novas informações. Da mesma forma, o estabelecimento da saúde como um direito de todo cidadão e um dever do Estado, assegurado por um conjunto de políticas econômicas e sociais que visavam à redução das doenças e dos agravos e ao acesso equânime, igualitário e universal aos serviços e ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde, produziram modificações na organização da saúde, demandando a reorganização dos currículos da área da saúde.

Além disso, o dispositivo constitucional que determinou a implantação do Sistema Único de Saúde, definindo-o como ordenador dos processos de formação em saúde, ainda que se configurasse em um grande avanço social, constituiu-se em um dos grandes desafios para a

---

<sup>22</sup> Hospital secundário - Hospital geral ou especializado, destinado a prestar assistência a pacientes nas especialidades médicas: clínica médica, cirurgia geral, ginecologia, obstetrícia, pediatria e outras como psiquiatria e oftalmologia.

Hospital terciário - Hospital especializado ou com especialidades, destinado a prestar assistência a pacientes em especialidades médicas de alta complexidade.

formação a ser enfrentado, uma vez que exigia que os futuros médicos fossem também capacitados a atuarem nesse sistema.

Ademais, a formação do médico deveria levar em conta ainda as especificidades regionais e as mudanças epidemiológicas e sociodemográficas da população brasileira. Os componentes curriculares, assim, deveriam considerar as enormes desigualdades de um país de dimensões continentais e onde ainda coexistiam doenças inerentes aos países em desenvolvimento e ligadas diretamente à pobreza e às condições sanitárias, aquelas crônico-degenerativas e relativas a traumas (Brasil, 1997).

Para melhor compreensão das disputas em jogo no atual processo de reforma, faz-se necessário entender a estrutura curricular vigente e os principais problemas enfrentados pelo curso no cenário da Educação Superior de uma forma geral e da educação médica, em particular. Dessa forma, apresentamos a seguir um breve panorama das discussões sobre os princípios que nortearam a reforma anterior: (a) a antecipação do treinamento prático, (b) a ampliação e priorização do conhecimento relacionado às condições de saúde de maior prevalência na população, (c) a mudança na metodologia empregada e (d) a inserção de conteúdos relacionados às áreas de Psicologia Médica, Ética e Medicina Preventiva. Destacamos as principais ideias em disputa, muitas delas ainda presentes na estrutura do curso médico e, conseqüentemente, no atual processo de reformulação curricular.

### **2.1.2 O QUE SE PODE APRENDER COM A REFORMA ANTERIOR?**

A proposta de modificação curricular do curso médico da FM/UFRJ, que deu origem ao atual currículo, teve sua primeira etapa iniciada em 1989 e chegou à etapa final em 1995. A reformulação objetivava a ampliação do calendário acadêmico de dezoito para vinte e duas semanas e a implantação do currículo pleno, composto das disciplinas obrigatórias e das disciplinas de escolha condicionada<sup>23</sup>.

A ampliação do calendário acadêmico para vinte e duas semanas, sem registro de acréscimo significativo no conteúdo das disciplinas obrigatórias, possibilitou a abertura de turnos livres, a partir do segundo período, permitindo que o aluno tivesse tempo para o estudo, refletir, pensar criticamente, amadurecer as ideias e sedimentar o conhecimento, além de modificar a estrutura de um currículo tradicionalmente estático e compacto, que não

---

<sup>23</sup> Nomenclatura utilizada na UFRJ para a disciplina a ser cursada segundo a escolha do aluno dentro de um conjunto de disciplinas ofertadas. Mesmo que disciplina eletiva.

permitia nenhuma diferenciação na formação dos alunos, para um currículo mais flexível. Diversas disciplinas de escolha condicionada foram criadas, possibilitando ao discente, de acordo com seus interesses específicos, moldar sua própria formação.

Após as negociações para as mudanças, no entanto, o projeto de reformulação encontrou resistência, para sua aprovação, por parte dos alunos do curso médico, uma vez que a ampliação do calendário acadêmico, naquele ano, reduziria suas férias. Em seu depoimento, a Professora C narra o movimento de articulação da reunião da Congregação na qual a proposta seria submetida à aprovação para que a mesma tivesse *quorum* necessário para deliberar sobre a aprovação do currículo.

Nós achávamos que [essa mudança] era o melhor para a sociedade, o melhor para o aluno e o melhor para os professores. E com isso tivemos uma guerra. Os alunos foram em peso para invadir a Congregação, eu passei a véspera da [reunião da] Congregação ligando para aqueles ausentes irem. Na época, tínhamos os professores chamados biônicos que eram titulares por Lei, todos que tinham livre docência. Tínhamos trinta ou quarenta titulares. A Congregação tinha oitenta pessoas. Para dar *quorum* e para conseguirmos, nós sabíamos que os alunos iriam invadir, então ligamos para todos irem. Tivemos quase que uma frequência recorde para poder aprovar o currículo. (Depoimento da Professora C)

Diante do impasse entre os professores que desejavam aprovar a proposta de reformulação curricular e os alunos, muitos com suas férias definidas e viagens marcadas, a mesma Professora destaca a mediação do Professor do Departamento de Psiquiatria, Eustáquio Portela Nunes, como fator decisivo na solução do conflito, adiando a implantação do novo currículo para o ano seguinte.

No final, o professor da Psiquiatria, o Portela, fez um discurso, porque entramos num impasse. Os alunos pressionando para não mudar em função da redução das férias e nós queríamos que mudasse em função de vários argumentos ideológicos. E no final, o Portela fez um discurso que fez com que os dois lados recuassem. Nós adiamos por um ano a implantação do currículo novo, para o ano seguinte, os alunos aceitaram, todos aceitaram. Tivemos mais tempo para elaborar também e os alunos tiveram os quatro meses de férias deles. Aí resolveu. (Depoimento da Professora C)

O curso de Medicina da UFRJ é reconhecido socialmente por ocupar, tradicionalmente, lugar de destaque e se posicionar na vanguarda dos movimentos de mudança no cenário da educação médica nacional. É reconhecido, também, como um dos mais bem conceituados cursos médicos do país, o que, além de legitimado socialmente por vários setores da sociedade, é corroborado por seu desempenho nas últimas avaliações do INEP/MEC, nas quais tem figurado entre os mais bem colocados na classificação das escolas médicas. O curso obteve conceito cinco em três das quatro edições do exame desde 2004. No último, realizado em 2013, obteve conceito quatro.

Os documentos oficiais<sup>24</sup> apontam que seu atual currículo, considerado avançado para a época, foi elaborado tendo em vista quatro aspectos fundamentais, a saber: a antecipação do treinamento prático junto aos serviços de saúde, a ampliação e priorização do ensino em áreas do conhecimento relacionadas às condições de maior importância e prevalência na população, a mudança na metodologia empregada viabilizando a participação ativa do estudante nas atividades de ensino, com ampliação da carga horária das atividades práticas e a inserção de conteúdos relacionados às áreas de Psicologia Médica, Ética e Medicina Preventiva em diversas disciplinas ao longo do curso (Brasil, 1997, Strauss, 2002).

Um dos aspectos considerado central na construção do atual currículo correspondia à necessidade de antecipar o treinamento prático, inserindo os alunos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), permitindo o contato com pacientes desde o início de sua formação. No processo de reforma anterior foram colocadas em disputa algumas propostas nesse sentido, porém, ao final de todas as discussões e negociações para a reformulação curricular, aquela que se tornou um consenso possível, mediante as disputas políticas e territoriais naquele contexto, foi a da criação do Programa Curricular Interdepartamental (PCI)<sup>25</sup> Atenção Integral à Saúde (AIS), sob a responsabilidade do Departamento de Clínica Médica, cujo objetivo era inserir os alunos na realidade do atendimento das UBS desde o início de sua formação<sup>26</sup>. A criação de tal PCI, no entanto, resultou de embates travados entre o Programa de Atenção

---

<sup>24</sup> Proposta final de modificação curricular do curso médico da UFRJ.

<sup>25</sup> As disciplinas e outras atividades curriculares podem, seja por conveniência didática, seja por necessidade epistemológica, ser organizadas como Programas Curriculares Interdepartamentais ministrados de forma integrada e com coordenação própria. Os Programas Curriculares Interdepartamentais são realizados com a colaboração dos diversos Departamentos, ainda que de diversas Unidades ou Centros, nos quais se incluem as áreas de conhecimento abrangidas pelo programa.

<sup>26</sup> Catálogo do curso médico.

Primária à Saúde e o Departamento de Medicina Preventiva no que se referia tanto a quem pertenceria a autoridade para ministrar tal PCI quanto aos conteúdos selecionados.

Além do PCI Atenção Integral à Saúde, do terceiro período, o contato com o paciente, durante os quatro primeiros períodos, ocorre também na disciplina de Propedêutica Clínica, do quarto período. Contudo, somente a primeira possibilita que o mesmo ocorra fora do Hospital Universitário. As atividades práticas, realizadas em UBS do município do Rio de Janeiro, pretendem inserir os alunos na realidade da prática profissional dessas Unidades, objetivando capacitá-los a identificar e, juntamente com as equipes multidisciplinares de saúde, participar da solução dos problemas de saúde mais prevalentes na população na perspectiva da integralidade e apresentar-lhes outra organização da medicina e da atuação profissional que prioriza a atenção integral dos indivíduos e das comunidades, visando produzir impactos na situação de saúde individual e coletiva.

Esse contato com a estrutura das UBS além de apresentar ao aluno outro modelo de assistência, diferente daquele predominante no currículo da maior parte das escolas médicas, demanda deslocamentos na lógica de formação e da organização dos currículos, ainda hoje centradas no ensino em hospitais universitários. Tais deslocamentos têm com o objetivo valorizar ações de promoção, recuperação e reabilitação de saúde, aproximando os alunos de medicina da sociedade e de práticas que consideram os aspectos sociais da saúde.

Além desse deslocamento, podemos inferir que a vivência dos estudantes no início de seu curso na realidade da prática relaciona-se diretamente com a criação de uma identidade do futuro profissional em uma dimensão simbólica que o acompanhará em sua formação. Compreendemos que essa identidade, aqui entendida não como fixa e imutável, mas como inacabada e em permanente construção, é construída na relação com o outro e em relações sociais mais amplas (Hall, 2000).

Compreendemos, ainda, que esse contato precoce do estudante com a atividade profissional, além de romper com a dicotomia entre teoria e prática, produz impactos expressivos na relação médico-paciente que se constitui em elemento importante na prática médica. Segundo Schweller (2014), a relação médico-paciente é o fundamento do exercício da medicina e há evidências científicas de que o desenvolvimento de aspectos positivos nessa relação exerça influência na adesão do paciente ao tratamento e, muitas vezes, nos resultados obtidos. Em sua pesquisa, o autor afirma ainda que a empatia, considerada como uma habilidade desejável nessa relação, tende a diminuir ao longo do curso e considera os modelos

de prática médica e de ensino predominantes como os principais fatores que contribuem para que isso ocorra.

Argumentamos, assim, que essa inserção precoce em cenários de atenção primária tem relação com a construção de uma subjetividade e pode reforçar o vínculo e responsabilização entre estudantes e comunidades. Dessa forma, o estreitamento dessas relações, de forma não hierarquizada, pode contribuir para a atuação do futuro médico como um agente na construção de saberes na comunidade, deslocando a escola médica do papel de detentora do saber para promotora de transformação social, podendo produzir, assim, impacto não só na saúde dos indivíduos em suas singularidades, considerando suas especificidades sociais e culturais, como também nos indicadores de saúde das populações.

A atual estrutura curricular nos permitiu observar que essa antecipação do contato com pacientes, apesar de acontecer ainda no ciclo básico, ocorre somente após um ano de estudos no qual são ofertadas apenas disciplinas das ciências básicas, prevalecendo a estrutura de ensino focado no conhecimento das estruturas biológicas e das doenças e não no paciente, sua história ou no aspecto social. Tal estrutura naturaliza para os futuros médicos uma racionalidade profissional baseada no modelo de assistência curativo, centrado no indivíduo e voltado para a fragmentação em órgãos e sistemas do ser humano.

Além de inserir precocemente o aluno na rede de atenção primária à saúde, a criação desse PCI previa que tal inserção fosse mediada pela integração de conteúdos de Medicina Preventiva, Psiquiatria e Ética aos conhecimentos clínicos. Assim, o PCI contemplaria também a exigência de integrar no currículo conteúdos que considerassem, além da dimensão biológica, as dimensões psicológica, social e ética, mobilizando conhecimentos que eram ministrados em disciplinas que ocupavam, e ainda ocupam, *status* inferior no currículo de Medicina. Embora a proposta inicial fosse que esses conhecimentos perpassassem todas as disciplinas do currículo, a análise das ementas<sup>27</sup> das demais disciplinas do atual currículo médico não evidenciou que esses conteúdos fossem abordados de forma integrada na maioria das disciplinas que seguiam centradas nos aspectos biológicos da pessoa e da doença.

A antecipação da inserção dos alunos nas atividades práticas e a introdução de conteúdos de Medicina Preventiva nas disciplinas do currículo inseriam-se em um conjunto de transformações na área da saúde que seguia uma tendência internacional originada no questionamento, a partir dos anos de 1970, sobre a organização da atenção à saúde que se fundamentava em um modelo hegemônico especializado e curativo, baseado na atenção ao

---

<sup>27</sup> Catálogo do curso médico.

indivíduo, com fragmentação da assistência e que produzia pouco ou nenhum impacto na melhora da situação de saúde das comunidades. De acordo com Schweller (op. cit.), apesar do crescimento exponencial vivenciado pela medicina e proporcionado pelos avanços científico-tecnológicos, a prática médica, ao longo do tempo, afastou-se cada vez mais do paciente, focalizando, centralmente, a doença, produzindo pouca melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Esse modelo de formação especializada e fragmentada da prática médica foi reforçado no curso médico da FM/UFRJ, nas últimas duas décadas, em consequência de algumas mudanças inseridas na última reforma curricular (1997). Evidenciamos que a criação da disciplina de escolha condicionada, “Iniciação Científica” (PInC), foi, sem dúvida, uma das inovações mais significativas no currículo:

Um marco histórico foi a criação, pela Faculdade de Medicina, da disciplina de Iniciação Científica [...] Denominado Programa de Iniciação Científica (PInC), tem como objetivo a ampliação do curso médico com o intuito de desenvolver uma consciência crítica sobre a futura prática profissional, além de estimular a formação de futuros mestres e doutores. A par disso, a disciplina pretende criar condições para melhor identificação e formação de futuros professores-pesquisadores. (Strauss, 2007, pág. 52;53)

Considerada um marco histórico por inserir a pesquisa no curso médico, o PInC, criado a partir do emprego da retórica que era necessário desenvolver nos alunos o senso crítico, introduziu a marca de um ensino fortemente calcado na pesquisa, o que passou a ser reconhecido socialmente como um diferencial na formação do médico na FM/UFRJ. Evidenciamos, no entanto, que os interesses profissionais dos docentes perpassavam a criação da disciplina.

A Professora C destaca que, ainda que o fundamento para a criação desta disciplina fosse desenvolver o pensamento científico introduzindo a pesquisa no curso, aliando à formação técnica a capacidade de analisar criticamente os novos conhecimentos científicos produzidos, a demanda para a criação desta disciplina se originava, sobretudo, nos professores. A intenção dos docentes era cooptar alunos que se destacassem e possuíssem perfil de futuros pesquisadores, apresentando-lhes suas pesquisas e áreas de conhecimento, despertando, assim, o interesse de seguirem para suas especialidades após a graduação. Essa atitude contribuía, ainda, para reafirmar a importância de suas disciplinas no currículo e de suas áreas de atuação profissional. Seu depoimento ilustra claramente esse interesse:

E nós tínhamos outras demandas, os professores queriam apresentar aos alunos suas especialidades para sensibilizá-los para que depois da graduação eles se dirigissem para a especialidade A, B, C ou nenhuma especialidade. Os alunos também tinham essa demanda, alguns já vinham com um interesse maior em alguma área e eles não tinham nenhuma possibilidade [de ter maior contato com a área de interesse].  
(Depoimento da Professora C)

É interessante observar que a inserção do PInC no curso de medicina contribuiu para o fortalecimento da cultura da pesquisa na instituição. A tradição em pesquisa na FM/UFRJ cresceu largamente nos anos de 1990 com a ampliação da pós-graduação, tanto nas áreas básicas, quanto na área clínica. A aproximação da pesquisa com a graduação por intermédio do PInC representa, indiscutivelmente, um marco importante na formação do médico, uma vez que se espera que o profissional seja capaz de desenvolver a capacidade de autoinstrução, adquirir e aplicar criticamente o excessivo quantitativo de conhecimentos científicos produzidos em sua área de atuação.

Esta forte tradição em pesquisa que se consolidou como um diferencial do curso médico da UFRJ, referendado por diversos setores da sociedade, se constitui, contudo, em um forte indício da fragmentação entre as áreas de conhecimento, da prática médica voltada prioritariamente para a doença rara e não para o paciente e do afastamento da formação dos futuros profissionais dos problemas de saúde mais frequentes da população, criando, assim, um descompasso entre a formação teórica e a prática profissional, no que tange às habilidades esperadas para um bom desempenho do médico e acirrando, desta forma, o embate entre generalistas e especialistas dentro e fora da instituição.

Tal afirmação pôde ser evidenciada pelo levantamento dos projetos de pesquisa registrados na área da medicina. Em consulta à base de dados, disponibilizada pela Coordenação do Programa de Iniciação Científica da Faculdade de Medicina<sup>28</sup>, verificamos o registro de 37(trinta e sete) projetos desenvolvidos na área básica e 132 (cento e trinta e dois) projetos na área clínica. Ressaltamos também que existem, sob a responsabilidade dos Departamentos de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, respectivamente, 20 (vinte), 11 (onze) e 06 (seis) projetos registrados, embora os mesmos sejam voltados, essencialmente, para alunos matriculados nesses cursos.

---

<sup>28</sup> Dados disponíveis em < <http://pinc.tic.ufrj.br/>> acesso em 14/06/2016.

A falta de integração entre as pesquisas pode ser exemplificada pela pequena quantidade de projetos que envolvem duas ou mais áreas. Encontramos o registro de apenas 01 (um) projeto da área básica desenvolvido em integração com outro Departamento, Programa ou Instituto. Na área clínica, encontramos apenas 10 (dez) projetos que integram diferentes Departamentos da Faculdade de Medicina, 01(um) cujo desenvolvimento envolve uma Unidade Suplementar da UFRJ, o Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira, e apenas 01 (um) desenvolvido em parceria com outra Unidade Acadêmica, o Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (IESC), sendo estas últimas áreas correlatas.

Dessa forma, os projetos de iniciação científica ofertados aos alunos do curso de Medicina são desenvolvidos sob a lógica da desarticulação dos conhecimentos havendo predomínio, nas áreas básicas, dos projetos de pesquisa que se concentram na análise laboratorial, a chamada pesquisa de bancada, sobre o conhecimento das estruturas biológicas aplicado, majoritariamente, a doenças raras e, na área clínica, das doenças de alta complexidade. Não há, contudo, registro de projetos que inter-relacionem área básica e clínica buscando aplicabilidade dos achados na melhoria das práticas em saúde para a população.

Cabe esclarecer que isto não significa, de forma alguma, negar a evidente relevância da pesquisa ou afirmar que os futuros médicos não necessitem de uma sólida base científica em sua formação, ao contrário, com os inúmeros fármacos, procedimentos, pesquisas, e recursos tecnológicos disponíveis na área da saúde torna-se imprescindível que, em sua prática profissional, o médico seja capaz de pensar de forma crítica, não só sobre a necessidade do uso de novos recursos ou das novas tecnologias como também sobre o grande volume de conhecimento de que dispõe em sua área, considerando o benefício promovido ao paciente para, dessa forma, tomar as decisões necessárias na atenção à saúde.

Sabe-se que muitos procedimentos médicos e exames diagnósticos tornam-se extremamente atrativos para os médicos, seja pelo prestígio social, profissional ou pelo elevado retorno financeiro que proporcionam. Sendo assim, espera-se que os futuros profissionais tomem suas decisões pautadas em uma postura ética, crítica e considerando o bem estar de seus pacientes. De acordo com Martins (2013), muitos dos recursos tecnológicos disponíveis são desenvolvidos em atendimento a interesses econômicos de grupos privados como laboratórios, indústria farmacêutica e de produção de equipamentos e de insumos, além das grandes corporações médicas.

Nessa perspectiva, as atividades de ensino enfatizam, prioritariamente, a formação técnica em detrimento das dimensões social, humanística e ética. Assim, as questões

referentes à produção de conhecimento e à inserção das novas tecnologias e ao uso de tais recursos precisam ser problematizadas ao longo do curso médico. Não há, contudo, indícios de que essas questões, bem como questões de ordem subjetiva que envolvam a relação médico-paciente sejam problematizadas ao longo da formação. Uma das entrevistadas destaca em seu depoimento a massificação de conteúdos e o foco na técnica como pontos cruciais a serem repensados no currículo.

E eu acho que é importante pensar isso: o aluno de medicina é uma pessoa, ele é um sujeito, mas não é um sujeito do assujeitamento [sic]. Ele acaba sendo um sujeito do assujeitamento[sic] porque ele fica massacrado por aquele currículo. Eles têm um grau de sofrimento muito grande. Claro que ser médico tem uma grande responsabilidade e tal, mas essas questões deviam estar nas discussões da Faculdade de Medicina, da Faculdade de Farmácia, da Faculdade de Arquitetura. Essas questões mais assim...que fazem outras conexões. (Depoimento da Professora E)

Ainda que não configurasse na proposta de mudança curricular<sup>29</sup> como um aspecto a ser considerado na reforma de 1995, uma das diretrizes para a elaboração do novo currículo, apontada nas entrevistas com os professores e presente nos documentos produzidos após seminário de planejamento e avaliação realizado pela instituição<sup>30</sup>, ressaltava a necessidade de uma maior integração entre o ciclo básico e o profissional. Destacamos a integração entre áreas como uma tentativa da FM/UFRJ de criar a cultura do trabalho integrado e interdisciplinar, considerando as necessidades de maior atenção à saúde da população.

Transcorridas aproximadamente duas décadas de sua implantação, no entanto, o atual currículo do curso médico da Faculdade de Medicina não conseguiu, efetivamente, pôr em prática todas as propostas de integração, nem aquelas entre o ciclo básico e o profissional e, tampouco, entre disciplinas ou PCIs do mesmo ciclo. Ainda que algumas ações individuais tenham sido postas em prática, a resistência à integração, no sentido pleno representa, até este momento, uma marca perceptível no currículo e nas relações entre aqueles que participam da

---

<sup>29</sup> Proposta final de modificação curricular do curso médico da UFRJ (1997).

<sup>30</sup> Relatório do Seminário de planejamento e avaliação, realizado em 27/09/2008, pela FM/UFRJ.

formação do médico. Tal afirmação pôde ser evidenciada nas sínteses das reuniões do PEM nas quais encontramos referência à expressiva falta de integração entre as disciplinas.

Pode-se notar também, mediante a análise das ementas das disciplinas<sup>31</sup>, que a grade curricular permanece extremamente desarticulada em todos os períodos do curso. Há uma evidente repetição de conteúdos, especificamente nos primeiros períodos da formação, nos vários módulos que compõem os PCIs ou mesmo nas disciplinas. Compreendemos que tal repetição sinaliza a expressiva falta de comunicação, articulação e até mesmo consenso/negociação entre as diversas disciplinas/PCIs, além de pôr em evidência a resistência dos docentes em abrir mão do ensino de determinados conteúdos, ainda que os mesmos sejam ministrados em outros módulos, muitas vezes, no mesmo período do curso.

Essa relutância em integrar pôde ser compreendida a partir de algumas perspectivas. Numa abordagem mais ampla, consideramos que esta dificuldade de integrar os conteúdos encontra razão no individualismo, bem como na fragmentação e na hierarquização do saber que caracterizam a prática acadêmica e profissional, instituindo uma cultura de isolamento no curso médico da FM/UFRJ. Nessa perspectiva, os desafios para uma formação autônoma são revigorados pela ênfase dada à utilização de modelos baseados na uniformização, na fragmentação e na mercantilização da vida cotidiana. Estes fatores enfraquecem a capacidade de desenvolver o pensamento crítico, favorecendo a instalação da linguagem e da lógica da tecnocultura (Giroux, 2005). A Universidade, assim, deixa de incorporar-se a um processo crítico mais amplo e fica reduzida a um espaço apenas de formação profissional.

Sob o ponto de vista político, pudemos inferir que a manutenção das relações de poder é favorecida quando as disciplinas mantêm cada uma seu espaço isoladamente no currículo. Nas disciplinas ministradas de forma integrada o poder é dividido entre os Departamentos ou Institutos envolvidos na formação do médico. Destacamos que, atualmente, as disciplinas do ciclo básico estão registradas sob a responsabilidade dos Institutos do CCS e a alteração do registro dessas disciplinas, para que as mesmas estejam sob a responsabilidade da Faculdade de Medicina, diminuiria o poder dos institutos básicos na determinação do perfil do egresso, na definição dos conteúdos a serem ensinados e dos critérios de seleção e alocação de docentes.

Pode-se pensar, igualmente, que a manutenção das fronteiras disciplinares representa também a preservação da identidade das disciplinas e dos professores. Para Goodson (1997), a disciplina é importante, principalmente, por definir o território de um departamento dentro da

---

<sup>31</sup> Catálogo do Curso Médico.

instituição de ensino e por delinear, a partir da posição que ocupam nos currículos, as prerrogativas de carreira que os professores podem obter, tais como melhores alunos, alocação ou salários.

Essa fragmentação é, dessa maneira, evidência indiscutível das disputas em torno da hegemonia pela definição do corpo de conhecimentos, habilidades e competências necessários à formação do médico. Em outras palavras, implicitamente, a resistência à integração das disciplinas/PCIs oculta disputas em torno da autoridade pela legitimidade científica na definição do que seja um ‘bom médico’, isto é, disputas pelo poder de definir quais habilidades/conhecimentos devam ser priorizados no currículo do curso médico.

Dessa forma, afirmamos que o curso médico da UFRJ, reconhecido pela sua excelência em ensino, segue o modelo hegemônico de formação cuja lógica predominante de organização curricular baseia-se ainda na separação entre as dimensões biológicas, clínicas, psicológicas, sociais e culturais e cujo cenário de prática é, predominantemente, o Hospital Universitário. Assim, forma médicos cuja racionalidade profissional tende à especialização e à construção de uma identidade profissional voltada para interesses pessoais, alinhada às demandas do mercado privado de saúde que foram impulsionadas pelo desenvolvimento tecnológico e científico da medicina. Nas palavras da Professora E

Porque você pode dirigir o currículo de várias maneiras, você pode formar, por exemplo, formar para a elite, formar para a especialidade que é muito o que acontece hoje no currículo antigo. Se você chegar, por exemplo, nos melhores hospitais do Rio, de ponta, muitas das pessoas que trabalham lá vieram da UFRJ [...] Trabalham em hospitais privados fantásticos em unidades de terapia intensiva de alta tecnologia. (Depoimento da Professora E)

Essa racionalidade profissional, porém, está em descompasso com as necessidades dos modelos assistenciais desenvolvidos nas últimas décadas, nos quais a atenção primária<sup>32</sup> e a secundária têm alcançado posição estratégica nas políticas de cuidado à saúde. Tal descompasso entre a formação de médicos e as políticas de saúde implantadas tem suscitado o debate sobre a necessidade de articulação entre ambas as áreas.

---

<sup>32</sup> O sistema de saúde está organizado em níveis de atenção: primária, secundária e terciária, de acordo com a complexidade de atendimento e com as ações de saúde necessárias.

Antes de prosseguirmos com nosso desenvolvimento – e com o intuito de esclarecer algumas questões que atravessaram o curso de medicina nas duas últimas décadas, muitas delas se constituindo em objeto de disputas no atual processo de reforma – faz-se necessário compreender a organização do curso de medicina e algumas modificações na estrutura acadêmica da UFRJ, tais como o impacto da precarização das atividades do Hospital Universitário para as atividades de ensino e a alteração na forma de acesso aos cursos de graduação, que influenciaram seu funcionamento nos últimos anos.

### **2.1.3 A ORGANIZAÇÃO DO ATUAL CURSO MÉDICO DA FM/UFRJ: ALGUMAS QUESTÕES QUE PERPASSAM SEU DESENVOLVIMENTO**

Como visto na seção anterior, o curso de medicina da FM/UFRJ traz a marca do modelo hegemônico de formação do médico, que se convencionou chamar de paradigma flexneriano. Esse modelo se desenvolve na divisão dos conhecimentos por especialidades, nas quais o paciente é visto como um ser biológico fragmentado, reproduzindo a estrutura hierarquizada que constitui a organização do trabalho nos serviços, reforçando as relações de poder nele estabelecidas. Nesse modelo, todavia, os conhecimentos referentes à Medicina Preventiva ou aos aspectos psíquicos, sociais, ambientais e culturais aparecem de forma isolada, sem articulação com os conteúdos biológicos, na maioria das vezes, restritos a disciplinas que não se articulam entre si, não permitindo o desenvolvimento de uma visão mais abrangente sobre os processos de adoecimento.

Ao buscar compreender os efeitos produzidos pela estrutura dos currículos predominante ainda hoje na maior parte das escolas médicas, Santos (1986) chama a atenção para a fragmentação na formação dos médicos, reforçada pelo modelo hegemônico instituído por Flexner, que divide a formação do médico em ciclos básico e clínico. Nesse modelo, prevalece no ciclo básico a hegemonia de conteúdos biológicos utilizados para compreender, justificar e organizar a intervenção nos processos de saúde-doença. No ciclo profissionalizante, é realizada a articulação entre os conhecimentos biológicos e o processo de adoecimento.

No currículo do curso de medicina da UFRJ, baseado nesse modelo de formação, as disciplinas do primeiro ciclo são registradas e ministradas pelos institutos de ciências básicas do Centro de Ciências da Saúde (CCS), a saber: Instituto de Ciências Biomédicas (ICB), Instituto de Bioquímica Médica (IBqM), Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF),

Instituto de Biologia (IB), Instituto de Microbiologia e Imunologia Professor Paulo de Góes (IMPPG). Nessa configuração, as disciplinas/PCIs são compostas de módulos e, no desenho curricular atual, as decisões sobre a organização didático-pedagógica das disciplinas do ciclo básico, bem como suas normas de funcionamento, são atribuição desses Institutos.

A definição do corpo de conhecimentos a serem ensinados nessas disciplinas fica, igualmente, a cargo dos docentes lotados nessas Unidades e que atuam diretamente no curso de Medicina. Apesar de alguns desses docentes serem médicos, a grande maioria possui formação e área de atuação específica nas ciências básicas, com suas próprias pesquisas e áreas de interesse, as quais muitas vezes não se relacionam, obrigatoriamente, com as necessidades da formação de um médico.

Além disso, no que se refere às metodologias de ensino, a escolha, via de regra, se dá por aquelas que não privilegiam a participação ativa dos alunos e são focadas na massificação de conteúdos, não atribuindo significado à formação do médico. A Professora C destaca, em seu depoimento, a postura de alguns professores nesse sentido e a dificuldade de mudança no modelo de ensino, seja em termos de filosofia, metodologia empregada ou formas de avaliação.

[...] alguns professores são absolutamente arrogantes na forma de ver o currículo. Eu conversei com um professor que dá quatro horas de aula seguidas, com um intervalinho de meia hora, quinze minutos e ele disse com todas as letras, [quando] eu perguntei: – “Quatro horas? Não é massacrante? O aluno não dorme? Não é chato? Você acha que os alunos aprendem assim?” – “Claro que aprendem! Eu sou um professor maravilhoso, estímulo os alunos. Minha aula é dialogada, eles aprendem, sim!” – “Como é que dois anos depois o professor que precisa dos conhecimentos da sua aula diz que os alunos não sabem nada?” – “Eles esquecem, mas vão recuperar. Isso é porque eles não aplicam”. Eu estou caricaturando, só para mostrar que administrar essas posturas e fazer com que as pessoas reflitam um pouco sobre essas posturas é uma coisa difícil.

Quanto às atividades práticas do ciclo clínico, as mesmas são desenvolvidas, em sua maioria, no Complexo Hospitalar que é constituído por todas as Unidades Universitárias ou Órgãos Suplementares que prestam assistência de saúde a pacientes internados e/ou ambulatoriais. Essas Unidades são no presente momento: Hospital Universitário Clementino

Fraga Filho (HUCFF), Hospital Escola São Francisco de Assis (HESFA), Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), Maternidade Escola (ME), Instituto de Ginecologia (IG), Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC), Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB), Instituto de Doenças do Tórax (IDT), Instituto do Coração da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IC/UFRJ) (Brasil, 2008).

O novo paradigma na formação médica orienta para a consonância da formação do médico com as políticas de saúde e assim, prevê a transição de um sistema curativo de assistência, centrado nos hospitais para uma abordagem cujo foco seja a atenção integral à saúde em todos os níveis de atenção. Destacamos que o HUCFF, principal cenário de prática para os alunos, tem enfrentado uma grave crise, acentuada em 2010, pela implosão de parte de seu prédio por apresentar problemas estruturais. Esse episódio ocasionou a gradativa redução do número de leitos ativos disponibilizados e de pacientes atendidos e hospitalizados no HU, o que trouxe consequências imediatas e diretas às atividades práticas de ensino.

Essa redução tem tornado ainda mais imperativa a ampliação dos convênios com as Redes Públicas de Saúde Municipal, Estadual e Federal para a diversificação de cenários de treinamento prático em serviço. Tal diversificação, já prevista nas DCNM, enfrenta forte resistência na instituição. O argumento dos que se posicionam contrários à busca por novos cenários contesta a qualidade dos serviços para os quais os alunos são encaminhados. Essa oposição ressalta, no entanto, a falta de interesse dos docentes em sair das Unidades/Órgãos Suplementares próprios da UFRJ para supervisionar, em campo, as atividades dos alunos, atribuição que fica exclusivamente a cargo dos médicos lotados na Rede.

Para parte do corpo social (docentes, técnicos e alunos) da FM/UFRJ, a procura por outros cenários de prática se caracteriza, da mesma forma, como um possível movimento de esvaziamento do HUCFF e, conseqüentemente, de seu enfraquecimento. Esse entendimento contribui para acirrar os embates em torno da mudança curricular, pois a mesma propõe a alteração da organização do currículo no que refere à diminuição da dicotomia teoria/prática. Visando ampliar as possibilidades de treinamento, a FM criou, então, uma comissão para a avaliação de possíveis cenários de prática alternativos ao HUCFF, assumindo, contudo, o compromisso de empreender esforços em defesa de seu fortalecimento.

Outra medida adotada e que se constitui em uma complementação às atividades práticas em serviço é a utilização do laboratório de habilidades e simulação onde os alunos podem treinar em manequins diversas atividades da prática médica, frente a situações difíceis da rotina profissional, sem colocar em risco a vida e a saúde de pacientes reais. Nos países

desenvolvidos é frequente a utilização de cenários de simulação médica antes do contato do aluno com pacientes em cenários reais para que o mesmo tenha capacitação prévia e também para antecipar situações reais que ocorrem nos serviços de saúde. O laboratório de habilidades do CCS, que se propõe a atender aos alunos de todos os cursos da área da saúde, encontra-se no presente momento em fase de implantação.

No que se refere ao estágio curricular obrigatório, atualmente, nos três últimos períodos da formação os alunos cumprem o internato, estágio na forma de treinamento em serviço, sob supervisão docente e com responsabilidade progressiva, em uma das Unidades Suplementares da UFRJ integrantes do Complexo Hospitalar. No novo currículo, no entanto, o internato deverá ser ampliado de três para quatro semestres letivos. Na atual configuração, durante o décimo, décimo primeiro períodos os alunos realizam o internato, em sistema de rodízio, dividido igualmente entre as seis grandes áreas da medicina: Clínica Médica, Cirurgia, Pediatria, Ginecologia, Obstetrícia e Medicina de família e Comunidade. No décimo segundo período os alunos elegem, a seu critério, uma das grandes áreas para a realização do Internato Eletivo (Brasil, 1995).

O relatório final do seminário realizado em 2008 já apontava para a necessidade de implantação de atividades em cenário extra-HU para que os alunos pudessem vivenciar a realidade dos atendimentos nos serviços de saúde fora da universidade. Assim, por determinação da Congregação da Faculdade de Medicina, para a conclusão do curso, além do cumprimento de todos os requisitos curriculares, passou a ser obrigatória a realização de estágio em Emergências oficiais das Redes Públicas de Saúde Municipal, Estadual e Federal, em plantões regulares semanais com a duração mínima de seis meses, a partir do nono período.

É interessante ressaltar que, essa determinação, além de aproximar os estudantes de outros contextos de atuação profissional, visava minimizar a ausência dos conhecimentos, competências e habilidades referentes à Emergência na formação dos médicos. Esse estágio, entretanto, ocorre com pouca ou nenhuma ingerência da FM/UFRJ sobre o processo de aprendizagem dos alunos nesses cenários, uma vez que não existe supervisão docente de atividades fora dos muros da universidade. A orientação dos alunos é feita, exclusivamente, por médicos integrantes dos quadros das Unidades de Saúde.

Destacamos que a Emergência ainda se constitui em uma área pouco valorizada na formação do médico. Essa desvalorização pode ser explicada considerando-se as afirmações de Goodson (1997, p. 07) sobre o valor que determinados grupos adquirem no *mercado da*

*identidade social* (grifo do autor). A emergência é, geralmente, o primeiro emprego da maior parte dos egressos dos cursos de medicina. O pouco prestígio profissional, baixo retorno financeiro, além da sobrecarga de trabalho dos profissionais dessa área, se comparada a outras áreas de atuação na medicina se constituem em fatores para o baixo interesse pelo setor que se reflete no baixo *status* que esses conhecimentos alcançam nos currículos.

No que se refere ao processo de seleção dos ingressantes, a partir de 28 de setembro de 2011, por decisão do Conselho Universitário (CONSUNI), o acesso aos cursos de Graduação, coordenado pela Pró-Reitoria de Graduação (PR-1), passou a ser realizado, exclusivamente, por meio do Sistema de Seleção Unificada (SiSU), considerando o desempenho dos candidatos no Exame Nacional de Ensino Médio (ENEM). Outra alteração significativa na seleção dos ingressantes foi a determinação de um percentual das vagas em cada curso para a modalidade Ação Afirmativa. Ficou estabelecido que, a partir do concurso de acesso realizado em 2012, em cada curso, trinta por cento das vagas seriam ocupadas na modalidade Ação Afirmativa e setenta por cento das vagas na modalidade Ampla Concorrência.

Atualmente, as vagas ofertadas em cada curso, na modalidade Ação Afirmativa, são destinadas aos candidatos que tenham cursado integralmente o Ensino Médio em escolas dos sistemas públicos de ensino em qualquer Unidade da Federação e que apresentem renda familiar *per capita* de até um salário mínimo nacional vigente. Com a finalidade de diminuir as eventuais defasagens, tanto econômicas quanto de conteúdo, algumas políticas de apoio foram estabelecidas para garantir a permanência aos estudantes que ingressam nessa modalidade, tais como a disponibilização de bolsas de acesso e permanência; acesso a meios de transporte gratuitos; acesso à rede e disponibilização de equipamentos de informática em laboratórios de informática de graduação públicos; acompanhamento acadêmico e oferta de disciplinas de apoio e introdutórias. No CCS, está em tramitação a proposta de criação de disciplina de escolha condicionada com conteúdo de conhecimentos básicos aos estudantes de todos os cursos da área da saúde, visando minimizar eventuais defasagens.

A adesão integral ao SiSU como modo de entrada na universidade e a adoção de ações afirmativas para o ingresso aos cursos de graduação, razão de grande controvérsia na instituição, naquele momento sinalizavam para uma gradativa diminuição da gestão da UFRJ sobre os critérios de seus processos de seleção. Até o ano de 2009, tais exames eram realizados, exclusivamente, por meio do Vestibular da UFRJ, reconhecido nacionalmente como um dos mais seletivos, tradicionais e conceituados processos de acesso à educação

superior. Tal sistema de seleção se constituía, contudo, em um processo excludente que não possibilitava aos jovens de camadas mais populares acesso ao ensino superior.

A retórica empregada pelos opositores a essa nova forma de seleção apoiava-se na defesa da excelência do perfil do ingressante, argumentando que os critérios de avaliação do ENEM não seriam adequados para mensurar os requisitos desejados para o futuro aluno da UFRJ. Tais argumentos refletiam, assim, as disputas políticas em torno das diversas concepções sobre o papel social da universidade pública e se opunham ao avanço promovido em direção à democratização do acesso ao ensino superior e à expansão na oferta de vagas nas Instituições de Ensino Superior (IES).

Ainda que reconheçamos não ser esta a forma ideal de democratizar o acesso ao conhecimento e de diminuir as desigualdades no acesso ao ensino superior, não se pode negar que as ações voltadas para a democratização do ingresso se constituem em evidência das conquistas sociais e de um processo de mudança na diminuição da omissão do Estado com acesso dos jovens de 18 a 24 anos ao ensino superior. Entretanto, tais ações não podem ser compreendidas como acabadas e desvinculadas de ações maiores no sentido de melhora da educação básica.

Internamente, esse conjunto de transformações no sistema de admissão aos cursos de graduação trouxe importantes implicações para o perfil dos alunos do curso médico, alterando a categoria estandardizada ‘aluno do curso médico da FM/UFRJ’. A partir do Edital nº 106, de 04 de outubro de 2011, que regulamentava o acesso aos cursos de graduação para o ano de 2012, o perfil dos ingressantes no curso de medicina sofreu modificações passando a receber um quantitativo expressivo de estudantes de outras unidades da Federação. Dessa maneira, o curso de medicina da UFRJ formará, futuramente, médicos que atuarão nos diversos estados brasileiros.

O perfil do alunado, tradicionalmente composto por um grupo homogêneo de alunos oriundos das melhores e mais tradicionais instituições de nível básico, principalmente do município do Rio de Janeiro, passou a ser constituído de estudantes com realidades social, cultural, experiências de vida e conhecimentos diferentes. Além disso, o perfil socioeconômico dos alunos também sofreu alterações e, atualmente, o curso recebe jovens oriundos das camadas mais populares da sociedade. Apesar do acesso desses alunos ao curso médico ainda não ser tão expressivo e de uma parcela apresentar problemas para permanecer na universidade, mesmo diante das políticas voltadas para a permanência, a possibilidade de

seu ingresso no curso médico se constitui, inegavelmente, em um processo de mudança na direção de um ensino menos elitizado e excludente.

Tal mudança, contudo, ocorre em meio a tensões entre os alunos, entre alunos e professores e também entre as relações estabelecidas com a entrada do novo alunado e o modelo de ensino adotado pela FM/UFRJ. Em estudo que busca entender os processos de construção da identidade de estudantes de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, analisando os significados construídos a respeito da política de cotas sociais e sobre seus possíveis efeitos para o currículo do curso médico, Wickbold (2013) evidenciou tensões entre a tradição da UFRJ, que tende a manter o currículo com ênfase tecno-científica e as novas relações constituídas no currículo com o ingresso, a partir da política de ações afirmativas, de estudantes provenientes de camadas menos favorecidas.

A autora argumenta que as mudanças introduzidas a partir do ingresso de jovens anteriormente excluídos, que provêm de estratos menos favorecidos da população, têm o potencial de introduzir modificações significativas nas relações entre alunos e professores, na construção de suas identidades, nas práticas de ensino e, ainda, no currículo. Assim, as modificações nos processos seletivos de acesso aos cursos de graduação, bem como as políticas de ações afirmativas nas universidades podem favorecer as mudanças em direção à ampliação da diversidade cultural especificamente no curso de medicina e à construção de uma identidade profissional, atualmente voltada para interesses pessoais e econômicos, que considere o compromisso social da profissão.

Concordamos, dessa forma, com Wickbold (op. cit), que as políticas de ações afirmativas, além de permitirem o acesso a uma parcela da população historicamente excluída a um curso cujo perfil de alunos é tradicionalmente elitizado, favorecem uma convergência com interesses populares e das comunidades, uma vez que tais grupos, ao ingressarem no curso de medicina, podem influenciar o contexto social do qual passam a fazer parte. Dessa forma, no debate político que se propõe discutir qual o modelo de formação médica desejada para o desenvolvimento de uma sociedade menos desigual, na qual o direito ao acesso e à qualidade dos serviços de saúde prestados seja garantido, defendemos que a diversidade do perfil do ingressante do curso médico da UFRJ pode contribuir para a defesa do fortalecimento de uma formação humanizada, que considere as necessidades de atenção à saúde mais frequentes da população e que valorize o compromisso social do médico em sua prática profissional.

Considerando-se, assim, as inúmeras transformações sociopolíticas, dos modos de produção, da organização do trabalho e no perfil do estudante que ocorreram nas últimas décadas do século XX, contestando a vigente organização curricular dos cursos médicos, julgamos oportuno apresentar as mudanças no cenário da educação médica para que se compreendam melhor os aspectos mais amplos da reforma em curso. Assim, apresentaremos, na próxima seção, as principais alterações na organização da saúde no Brasil que influenciaram as políticas de formação em saúde, destacando o contexto de criação das DCNM e dos movimentos institucionais que originaram o PEM.

## **2.2 O CONTEXTO DE CRIAÇÃO DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA O CURSO DE MEDICINA: A CRISE PARADIGMÁTICA NA EDUCAÇÃO MÉDICA**

No que se refere aos processos de mudanças na formação médica, iniciados nos anos de 1960, um aspecto a ser considerado refere-se à produção do conhecimento. Nas últimas décadas do século XX e nas primeiras do século XXI observou-se um crescimento sem precedentes nos conhecimentos científico-tecnológicos. O desenvolvimento desse conhecimento, incentivado por interesses econômicos, trouxe uma evidente fragmentação em áreas de especialidades.

Tal fragmentação foi reforçada pela adoção do modelo biomédico, que se estruturou no século XIX e que baseava os diagnósticos nas questões físicas e biológicas. Nesse modelo o processo saúde-doença é entendido a partir de uma visão reducionista, associando a doença à lesão, desconsiderando as dimensões histórico-sociais, culturais, políticas e econômicas e cujas ações de intervenção estão centradas no corpo doente. Essa lógica influenciou a estrutura de organização dos serviços de saúde e do ensino médico, representando o principal fator responsável pela fragmentação, sua consequente divisão em especialidades, além da hierarquização do trabalho na área da saúde.

O modelo biomédico atendia, assim, a interesses econômicos e sociais que viam na prática médica ancorada na ciência a possibilidade de acumular lucros. Historicamente, como afirma Almeida (1999, citado por Da Ros, 2004), essa prática esteve ligada às transformações sofridas nos processos de produção econômica. A estrutura econômica determina, desse modo, o lugar, a forma e a importância da medicina na estrutura social. Assim, as práticas mercantilistas da saúde tornaram-se hegemônicas, a partir da década de 1960, determinando a

criação de novas especialidades aptas a atuarem com novos materiais e equipamentos desenvolvidos. Essas práticas passaram a nortear as relações entre os sujeitos na área da saúde, bem como sua inter-relação com os demais setores da sociedade.

Outro fator que influenciou a direção das mudanças no ensino médico, nas três últimas décadas do século XX, refere-se à intensificação dos debates sobre as lacunas existentes entre os países desenvolvidos e aqueles em desenvolvimento no que se referia ao acesso à saúde e à qualidade dos serviços prestados. As análises sinalizavam, segundo Lampert (2009) que, apesar dos significativos avanços científicos e tecnológicos experimentados pela Medicina, não houve contribuição significativa para a resolubilidade dos problemas de saúde das populações e o modelo de saúde predominante se ateu à resolução de problemas individuais. Além disso, os debates apontavam para a ineficácia, indicada pelo hiato entre o que a sociedade espera de um médico e a realidade da assistência prestada pelos egressos das escolas médicas.

Por fim, na perspectiva econômica o elevado custo do modelo curativo de assistência à saúde aliado à baixa resolutividade e o uso indiscriminado da tecnologia se constituíam em um cenário econômico de difícil sustentação para os países desenvolvidos que buscavam, dessa forma, modelos alternativos de organização do serviço de saúde que pudessem reduzir os custos e elevar a eficácia. Por outro lado, para os países em desenvolvimento, a realidade dos serviços de saúde apontava para a desigualdade de acesso a cuidados básicos, altas taxas de mortalidade infantil e condições sociais, econômicas e sanitárias precárias.

Estabelecia-se, assim, no cenário mundial, a crise do paradigma dominante na atenção à saúde e na formação de médicos, indicando, como sinalizava Kuhn (2003), a necessidade de se produzir novos instrumentos, alternativos àqueles existentes, para a resolução dos problemas para os quais o modelo vigente não apresenta possibilidade de respostas. Ainda que as bases de um novo modelo na formação em saúde estivessem sendo discutidas desde o final da década de 1950, a Declaração de Alma-Ata, em 1978, intitulada Saúde para Todos no ano 2000, fruto dos acordos estabelecidos entre os 134 países participantes na I Conferência Mundial de Cuidados Primários em Saúde, realizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Saúde (Unicef), se constituiu em um marco político na organização da saúde, fixando o final do século XX como o limite para que se instituisse a atenção primária em âmbito mundial.

A Declaração de Alma-Ata consolidou-se em uma proposta na qual a saúde é concebida como um direito do ser humano e engloba, além de um conjunto de ações voltadas

para cuidados básicos, o entendimento da saúde como o resultado de condições sociais e econômicas de um país. Dessa forma, prevê ações que se relacionam ao bem estar das populações tais como redução com gastos com conflitos bélicos e armamentos, investimento em políticas sociais para o desenvolvimento de populações excluídas, produção e distribuição de medicamentos essenciais à população, considerando suas necessidades de saúde. Estipula também a responsabilização dos governos na gestão dos sistemas de saúde, valorizando o intercâmbio e apoio tecnológico econômico e político internacional (Matta, 2005).

A maior parte das metas estipuladas pela Declaração de Alma-Ata não foram alcançadas completamente. A atenção primária à saúde, contudo, tornou-se uma referência para as reformas na área da saúde ocorridas em diversos países entre os anos de 1980 e 1990. Segundo Mattos (2000), entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a atenção primária à saúde compreendendo-a como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, direcionada às populações economicamente menos favorecidas, visando minimizar a exclusão social e econômica, distanciando-se da abrangência almejada pela Declaração de Alma-Ata e da defesa da saúde como um direito de todos.

No Brasil, a partir da década de 1960, o modelo hegemônico adotado na formação do médico foi o flexneriano. Esse modelo foi impulsionado em função de ações adotadas pelo governo militar tais como a reforma universitária e a expansão do número de faculdades de medicina. Nesse período, as medidas impostas pelos militares, que determinavam o conteúdo curricular dos currículos dos cursos médicos, alinhavam-se aos interesses do capital, enfatizando a doença no ensino médico, privilegiando o uso de tecnologias e centrando o ensino nos hospitais.

Neste período, recursos públicos financiavam a construção de hospitais privados nos quais se privilegiava o uso de tecnologia e de equipamentos nos diagnósticos e na atenção à saúde. A formação nos cursos de medicina se voltava, assim, para este mercado em expansão, destacando as especialidades e a fragmentação dos cursos em disciplinas ministradas por especialistas.

Nos últimos anos da década de 1970, no entanto, alguns segmentos da sociedade civil, dentre eles profissionais e usuários dos serviços de saúde tiveram papel importante na ampliação da discussão sobre a reforma da saúde na organização do movimento que ficou conhecido como Reforma Sanitária. As principais demandas do movimento sanitário buscavam fortalecer o setor público de saúde, expandir a cobertura a todos os cidadãos e

integrar a medicina previdenciária, voltada ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais, à saúde pública, direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, tendo como meta ações de caráter preventivo. Essa integração visava constituir, dessa forma, um sistema universal e integrado de assistência à saúde.

Dois grupos se destacaram, segundo Paiva; Teixeira (2014), no processo de reformulação da saúde. O primeiro, o movimento popular pela saúde, surgido a partir de grupos ligados à Igreja Católica e à militância de esquerda nos bairros de periferias das grandes cidades, reivindicava a melhoria das condições de saúde para essas regiões. O segundo, o movimento dos médicos, surgiu a partir de críticas ao sistema de saúde vigente e às lutas da categoria por questões trabalhistas. As associações e sindicatos médicos reivindicavam melhores condições de trabalho e mudanças no sistema de saúde. Esse movimento caracterizava-se também como uma resistência ao processo de mudanças do modo de trabalho dos médicos, tipicamente profissionais liberais, para trabalhadores assalariados e também como forma de luta pela democratização. Os autores destacam ainda que, a partir de meados da década de 1980 o movimento dos médicos sofreu uma mudança de direção, voltando-se prioritariamente para interesses corporativos específicos, ligados à luta pela atuação como profissionais liberais.

Cabe destacar que, na área da saúde, esses movimentos pela redemocratização dos anos de 1980 e as demandas populares por ampliação dos direitos sociais básicos possibilitaram a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que consolidou o movimento de Reforma Sanitária, constituindo-a como um marco histórico da instalação de um novo modelo de saúde no Brasil, influenciando, decisivamente, a formulação de políticas de saúde, instituídas pela Constituição de 1988. A conjunção de forças, os movimentos populares e as ações institucionais culminaram com a promulgação da Lei 8.080, de 19/09/1990, chamada Lei do SUS, que estabeleceu este sistema como ordenador das políticas de formação de recursos humanos em saúde.

O movimento de consolidação do SUS buscou afirmar a atenção à saúde como a expressão do conceito ampliado de saúde que norteou o movimento de Reforma Sanitária, entendendo-a como a resultante das condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, emprego, lazer, transporte e acesso aos serviços de saúde. Nessa concepção ampliada da saúde, a atenção à saúde visa à definição de políticas e promoção de ações, centradas nas necessidades de saúde da população, em perspectiva interdisciplinar,

envolvendo médicos, enfermeiros, agentes de saúde, visando a um modelo assistencial menos excludente. Prevê, ainda, a participação da sociedade na gestão e no controle de suas atividades, deslocando os usuários do sistema de saúde de uma posição tradicionalmente passiva para a de participantes na tomada de decisões.

A partir da determinação, pela Constituição de 1988, do SUS como responsável pelo ordenamento da formação de recursos humanos em Saúde, os processos de formação em saúde passaram a estar mais estreitamente relacionados com o sistema de saúde vigente e, assim, os questionamentos acerca da qualidade dos serviços de saúde prestados implicam o questionamento dos processos de formação de recursos humanos em saúde. Além disso, para alcançar as mudanças esperadas na organização dos serviços de saúde demandava redefinir os objetivos da formação dos profissionais de saúde, especificamente, dos médicos, capacitando-os a atuar no sistema de saúde vigente.

No cenário mundial, a Conferência Mundial de Educação Médica, realizada em Edimburgo em 1988, foi determinante nas orientações para as mudanças curriculares que foram realizadas nas décadas seguintes. De acordo com Martins (2008), a Declaração de Edimburgo enfatizava a saúde como um estado de bem-estar completo, envolvendo as dimensões física, mental e social, um direito fundamental e uma meta mundial a ser alcançada, demandando o envolvimento de setores econômicos, sociais e de saúde. O documento afirmava ainda que os cuidados primários de saúde se constituíam na chave para que essa meta fosse atingida e como parte importante no desenvolvimento dos países.

Nas Américas, o debate sobre o ensino médico, fomentado pela Organização Pan-Americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), já vinha se intensificando. No Brasil, as discussões avançaram com a participação de professores, em sua maioria catedráticos das principais instituições do país, em discussões nacionais e internacionais sobre o ensino médico. No contexto das mudanças na formação médica no Brasil, ressaltamos a influência da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM).

A ABEM foi fundada em 1962, na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), por um grupo de docentes, em sua maioria catedráticos da área clínica e de cadeiras básicas, envolvidos diretamente com o debate internacional acerca da formação de recursos humanos em saúde em consonância com as transformações na organização dos sistemas de saúde e educacionais ocorridas no cenário mundial e, especialmente, nas Américas. De acordo com Stella; Rossetto (2012), os professores catedráticos que participaram da fundação da ABEM

possuíam grande prestígio social e político que foi, conseqüentemente, transferido para a entidade.

Esse prestígio possibilitou à ABEM acesso aos órgãos governamentais, prestando assessoria nas questões relacionadas ao ensino médico no país, o que resultou em modificações em sua estrutura como, por exemplo, a implantação do internato no final do curso e a criação de Departamentos de Medicina Preventiva. Nas décadas de 1980 e 1990 a instituição colocou-se à frente de três iniciativas importantes para a educação médica: o Projeto de Reforma da Educação Médica, o Projeto Educação Médica das Américas (EMA) e a constituição da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem). Este último influenciaria diretamente a elaboração das DCNM.

O Projeto EMA procurava estimular e assessorar as Faculdades de Medicina no Brasil no processo de reformulação dos currículos em consonância com a orientação da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação (SESu/MEC), o Programa Docente-Assistencial (Pida) e o movimento da Reforma Sanitária. Segundo Stella; Rossetto (2012, p. 14), o projeto se transformou nas contribuições da Associação das Escolas Médicas nas Américas para a Conferência de Edimburgo e se propunha analisar a situação das escolas médicas nas Américas identificando problemas e possíveis soluções e formular, em médio prazo, “um plano de desenvolvimento para as escolas médicas com base nas mudanças sociais, nas necessidades epidemiológicas e nos avanços tecnológicos”.

O projeto foi aprovado e a ABEM foi escolhida para sua coordenação. A primeira etapa do projeto consistia em elaborar um documento que unificasse as respostas dos países latino-americanos sobre como deveria ser a escola médica. O documento elaborado pela ABEM, juntamente aos dos demais continentes, serviram de base para a preparação da Conferência de Edimburgo.

Os questionamentos acerca da qualidade dos serviços médicos prestados eram atribuídos à formação ineficaz, intensificando as discussões, nos anos de 1990, entre as instituições diretamente envolvidas na formação do médico e o Conselho Federal de Medicina (CFM). O Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), então, propôs a realização de exame após a conclusão do curso para avaliar o grau de preparação do médico formado, um exame de ordem, para, então, autorizar o exercício profissional.

De acordo com Lampert (2002), o movimento, liderado pela ABEM e pelo CFM, que reuniu onze instituições de poder acadêmico e político se contrapôs à realização do exame, argumentando que seria necessário avaliar, além de conhecimentos teóricos,

habilidades e atitudes necessárias ao bom desempenho profissional e que estas não seriam possíveis de serem mensuradas em um exame escrito. Assim surgiu, em movimento de reação à proposta da criação do exame de ordem, a Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (Cinaem), cujos resultados referentes à avaliação do ensino médico no Brasil, de 1991 a 1997, foram publicados e apresentados aos Ministérios da Educação e Saúde, apontando para a necessidade de reformulação do modelo pedagógico de formação de médicos.

O movimento de reforma curricular nos cursos de Graduação iniciou-se, assim, em 1995 e o Parecer CNE nº 776/97 forneceu as orientações para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação (CNE, 1997). Por meio do Edital 04/97, a SESu/MEC convocou, as instituições de ensino superior, as sociedades científicas, as associações de classe e conselhos profissionais a colaborarem com a proposição de sugestões para a deliberação e criação de Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação.

No caso do Curso Médico, o movimento de avaliação promovido pela Cinaem estava avançado e nas discussões já haviam sido determinados certos parâmetros sobre o perfil do médico ao concluir o curso. Houve uma série de discussões entre a ABEM, a Rede Unida e a Comissão Interinstitucional Nacional da Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) com o objetivo de atender a este chamado e as DCNM, homologadas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE/MEC), entraram em vigor em 07 de novembro de 2001. (Lampert, 2002).

O texto que resultou nas DCNCM orienta para uma proposta curricular que articule a formação acadêmica e o sistema de saúde vigente no país, visando à formação generalista e humanística de um egresso/profissional capacitado a atuar em diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e dotado de competências e habilidades que envolvem o senso crítico, a capacidade de reflexão, o compromisso ético, a iniciativa, o trabalho em equipe, a tomada de decisões, o comprometimento social e a comunicação. A inserção nos cenários da prática médica é recomendada desde os primeiros anos da formação, objetivando a aplicabilidade dos conhecimentos na solução dos problemas relacionados às necessidades de saúde da população (Brasil, 2001).

Nas Diretrizes Curriculares, a formação do médico assume, como direcionamento, o modelo de desenvolvimento de competências e habilidades relevantes para o desempenho profissional e que o possibilitem a se colocar em acordo com as transformações sociais,

profissionais e da produção de conhecimento. A noção de competência aqui empregada é aquela definida por Ramos (2001, p.221) da seguinte forma:

“No plano pedagógico, testemunha-se a organização e legitimação da passagem de um ensino centrado em saberes disciplinares a um ensino definido pela produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas. Essas competências devem ser definidas com referência às situações que os alunos deverão ser capazes de compreender e dominar. Em síntese, em vez de se partir de um corpo de conteúdos disciplinares existentes, com base no qual se efetuam escolhas para cobrir os conhecimentos considerados mais importantes, parte-se das situações concretas, recorrendo-se às disciplinas na medida das necessidades requeridas por essas situações.”

Entretanto, para a formação deste profissional, muito além de conhecimentos técnicos, é esperado o desenvolvimento da capacidade de se adaptar aos diferentes contextos, que contemple aspectos formativos, orientados para a cidadania e que envolvam atitudes e valores, tais como: a relação médico-paciente e sua atuação como um agente de transformação social. Essas qualidades referem-se, segundo Merton (1957, citado por Lampert, 2009), a um aprendizado indireto, desenvolvido na relação do aluno com seus mestres, colegas, pacientes e membros das equipes de saúde. Estes aspectos incorporam-se aos conhecimentos técnicos, acompanhando o estudante e alicerçando sua formação. Assim sendo, a partir da publicação das DCNM iniciou-se um movimento de mudança nas escolas médicas em direção à reformulação de seus currículos.

Buscamos, nessa seção, compreender as principais mudanças na formação em saúde instituídas pelas transformações no conceito de saúde. Para melhor compreensão do caso em análise, na próxima seção, procuramos elucidar o movimento de criação do grupo responsável pelo processo de reforma curricular na Faculdade de Medicina da UFRJ, o PEM, evidenciando os principais fatores que influenciaram sua organização.

### **2.3 O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFRJ**

O movimento que resultou no início efetivo dos trabalhos do Programa de Educação Médica da Faculdade de Medicina iniciou-se a partir das questões levantadas em seminário de avaliação e planejamento, realizado em 2008, ano do bicentenário da instituição. A proposta do seminário, dividido em quatro eixos temáticos: (a) Regimento e Estrutura Departamental, (b) Interação Complexo Hospitalar/FM, (c) Pós-Graduação e Pesquisa e (d) Graduação, era a de apresentar subsídios para as mudanças das atividades em diversas áreas da FM/UFRJ. O seminário contou com a presença de 110 (cento e dez) participantes entre membros da Congregação e do Conselho Departamental, docentes, técnicos administrativos, discentes, além de Diretores e médicos das Unidades Hospitalares da UFRJ. Considerando-se o elevado quantitativo do corpo social da FM/UFRJ, evidenciamos o baixo interesse em participar de eventos que se proponham a avaliar as atividades de ensino da FM/UFRJ.

Destacamos que esse desinteresse relacionava-se diretamente à desvalorização das atividades de ensino na graduação. De acordo com o relatório do seminário e com depoimento do professor A, dos participantes do seminário, aproximadamente a metade (52), optou por participar do grupo de discussão sobre graduação. Tal escolha, segundo o referido Professor, “era um sintoma de que algo não ia bem”, mas também evidenciava que as ideias sobre a necessidade de adequação às DCNM já circulavam na instituição.

Esse seminário buscava dar continuidade ao movimento de avaliação e planejamento na instituição que se instituiu no final dos anos de 1990. Após a implantação do currículo, em 1997, foram realizadas três avaliações, uma interna e duas externas: em 1997 para avaliar a reforma curricular, em 1998 o COOPERA/UFRJ<sup>33</sup> e em 1999 a avaliação do MEC. O relatório final do COOPERA/UFRJ (1998, p. 02) já sinalizava para a necessidade de criação de “uma comissão de ensino a ser presidida pelo Diretor da FM/UFRJ com prestígio e poder suficientes para que todos os docentes fossem envolvidos no ensino de graduação”.

Essa Comissão se consolidou na FM/UFRJ com a criação do PEM que, embora tenha sido aprovada em sessão ordinária da Congregação da FM em 27 de novembro de 2007, somente em julho de 2009, durante a gestão do Professor Antônio José Ledo Alves da Cunha, ocorreram as primeiras reuniões do grupo. A reforma constava das diretrizes de sua proposta

---

<sup>33</sup> Relatório da COOPERA – Avaliação realizada pela UFRJ, em todas suas Unidades Acadêmicas em 1998.

para a Direção da FM/UFRJ, no período 2006-2010 e sua iniciativa de instaurar o debate sobre a educação médica na FM determinou o início das atividades do PEM. Cabe destacar aqui a participação ativa do Professor Antônio Ledo nos fóruns de debate sobre a educação médica realizados pela ABEM, evidenciando que as ideias que circulavam naquela Associação influenciaram a criação de um fórum de debate sobre a formação médica na instituição e posteriormente, as discussões sobre a reforma. Durante sua gestão, a Diretoria da Faculdade de Medicina, participou sistematicamente das discussões promovidas pela Associação sobre as reformas instituídas pelas DCNM no ensino médico e sua implantação.

O depoimento do Coordenador do PEM destaca, não só a pressão externa no que se referia ao perfil do egresso, como também a iniciativa pessoal do Diretor da FM/UFRJ no contexto de criação do PEM e início de suas atividades. Em sua opinião, tal pressão era exercida pelo cenário da educação médica nacional no qual outras instituições de ensino, tanto as mais tradicionais quanto as mais recentes, se adequavam às DCNM.

A ideia que eu tenho é que se essa pressão externa não se juntasse a alguma iniciativa dentro da Faculdade, pessoal no caso do Diretor, que criou o PEM, não sei até quando a gente aguentaria ficar do modo como a gente está no momento. Não sei se a gente chegaria a um momento de tamanha quantidade de forças externas atuando para a gente se modificar [...] Então o contexto surgiu, apesar de ter uma série de forças externas solicitando que a gente acompanhasse o processo de mudança nacional e mundial, acho que acabou acontecendo por uma iniciativa pessoal [...] do Diretor da FM que criou o PEM.

O professor D, em seu depoimento afirma também que, apesar da excelência do curso, o currículo implantado em 1997, estava defasado em relação ao proposto pelas DCNM e ressalta que, ainda que existissem algumas discussões sobre questões curriculares, a criação do PEM permitiu a sistematização da discussão que se constituía, a partir daquele momento, em um compromisso institucional.

Assim, quando se criou o PEM, em 2009, o curso médico da UFRJ já estava defasado, descompassado em oito anos. Isso era uma verdade ululante, insofismável. É claro que anteriormente ao PEM já se discutiam questões curriculares,

mas sem que todos se obrigassem por compromisso. A criação do programa – que, ora, se quer permanente – mudou a evolução dos acontecimentos, deu viço, vigor, energia vital à reforma.

O depoimento do Coordenador do PEM ressalta, no entanto, o emprego da retórica acerca do prestígio e do reconhecimento da Faculdade de Medicina como uma instituição de excelência no ensino, como justificativa para a resistência aos processos de mudança, evidenciando a existência de grupos contrários à reforma. Destaca também que tal argumentação é referendada pelo resultado nas avaliações externas. Pondera, em sua fala, sobre a importância de se discutir qual o papel social desempenhado pela FM e defende que a pressão externa exercida pela sociedade, no que se refere à adequação da formação de médicos, no tocante às necessidades de saúde, como fator que forçou a FM/UFRJ a sistematizar as discussões sobre uma possível reforma curricular.

**A sociedade!** [ênfase dada pelo entrevistado] Qual é o papel social da Faculdade de Medicina da UFRJ? Que é uma coisa que a gente não pensa, não reflete. A gente se considera a melhor do Brasil, nas avaliações, somos a primeira ou a segunda, quase sempre, então isso é como se desse uma espécie de aval para a gente não se questionar quanto ao que a gente faz, que produto que a gente oferece para a sociedade, afinal de contas. E a realidade vem mostrando que o que a gente oferece não está lá muito de acordo com as necessidades da sociedade. Então não sei até que ponto que a gente conseguiria ficar sem rever isso [o currículo].

A Professora C também considera a retórica da qualidade do curso, reforçado pelo desempenho nos processos de avaliação externa, especialmente no ENADE, como um fator que intensifica o movimento de oposição às mudanças. Ressalta, entretanto, a excelência da FM/UFRJ em formar médicos com tendência à especialização e questiona sobre ser este perfil de profissionais o que estaria de acordo com as necessidades de saúde da população.

Nós ficamos com o discurso de que somos os melhores do mundo, porque nossos alunos tiraram o primeiro lugar no ENADE três vezes em quatro, então fizemos esse diagnóstico de que somos os melhores. E essa noção de melhor é muito relativa. Melhor para quê? Se for para formar especialista, estamos no caminho. Não sei se é melhor formar um

especialista que não domine as doenças prevalentes, não sei se é melhor do que outro que domine.

Após sua criação, as reuniões iniciais do PEM foram realizadas no sentido de criar seu estatuto normativo. A proposta de regimento, elaborada por seus próprios membros, foi aprovada na sessão ordinária da Congregação da FM, de 08 de dezembro de 2009 e o Professor Sergio Zaidhaft, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal, foi nomeado para a Coordenação do Programa. Em seu parecer, a relatora do processo de criação do PEM, a Professora Titular do Departamento de Clínica Médica, Celeste Carvalho Siqueira Elia, reiterava alguns dos princípios propostos pela reforma curricular anterior, que não haviam se concretizado efetivamente como, por exemplo, a integração entre os ciclos e que se referiam ao ideário da formação do médico. Em seu parecer a Professora salientava também que os trabalhos do grupo teriam como resultado “a formação de recursos humanos com senso crítico capazes de atender às demandas da sociedade”.<sup>34</sup>

Em seu depoimento, o Professor B ilustra claramente a retomada, pelo PEM, de alguns princípios que nortearam também a reforma anterior e, especificamente, aqueles que se referiam à formação de médicos de acordo com as necessidades da sociedade.

A proposta do PEM é formar médicos que atendam aos objetivos da sociedade, porque é nossa obrigação. O eixo básico é esse. Propusemo-nos a fazer isso em 82, foi aperfeiçoado em 90, 91, 94, quando começou a implementação. Agora está sendo revisto, reafirmado, talvez acrescentadas algumas coisas, não sei bem se será mudada essa parte geral, mas acredito que o núcleo vai ser mantido.

O PEM, caracterizado como um fórum permanente de discussão tem estabelecido, desde então, em seu regimento, o compromisso de orientar o processo de formação de médicos com competência técnica, conscientes de seu papel social e preparados para enfrentar as demandas da sociedade, especificamente, aquelas provenientes do SUS. Em suas atribuições, deverá fomentar o debate sobre a formação do médico entre o corpo social da FM/UFRJ, oferecendo subsídios à Direção para o aprimoramento e integração de seus cursos considerando a tríade ensino, pesquisa e extensão e tomando como base as DCNM.

---

<sup>34</sup> Ata da reunião ordinária de 08/12/2009 da Congregação da Faculdade de Medicina/UFRJ.

De acordo com o Regimento<sup>35</sup>, os membros do Conselho Gestor têm direito a voto no que se refere ao desenvolvimento do PEM. Inicialmente, o grupo foi criado com o objetivo de promover debates, seminários, cursos de educação continuada e pesquisas sobre educação médica. Além dessas finalidades, ao PEM caberia subsidiar a Direção Geral da FM no que se refere ao aprimoramento do ensino, o que possibilitou o início das discussões sobre a reforma em curso.

O Regimento do PEM, elaborado por seus próprios membros, deixa claro a preocupação de garantir a legitimidade das decisões tomadas mediante a participação no Conselho Gestor de representantes de cada um dos Departamentos da FM, dos Programas de Iniciação Científica (PInC), Atenção Primária à Saúde (PAPS) e Epidemiologia Clínica (PEC), da Direção de Extensão, além de um representante de cada um dos Institutos de Ciências Básicas do CCS e de um representante discente de cada período. Evidenciamos que, embora a participação discente seja garantida pelo regimento e estimulada, não somente pelo Coordenador do Programa, mas pelos membros do PEM, vale ressaltar que a participação discente é muito baixa nas reuniões.

Essa baixa frequência é facilmente compreendida, considerando-se que as atividades do curso se desenvolvem em horário integral. As reuniões têm duração média de três horas, geralmente no período da manhã, e os alunos dificilmente obtêm liberação dos professores das disciplinas, seja do ciclo básico ou do clínico, para participar das reuniões. Outro fator a ser considerado na baixa participação dos alunos se refere à longa duração do processo de reforma. Por compreenderem que as modificações na estrutura curricular, possivelmente, não afetarão o curso de seus estudos, os alunos não manifestam interesse de participar das discussões de forma mais efetiva.

Destacamos, na composição do Conselho Gestor, a previsão da participação de representantes dos Sistemas de Saúde Federal, Estadual e Municipal, sinalizando para a preocupação da articulação da FM com a Rede de Saúde. Embora essa preocupação em dialogar com os sistemas de saúde sugerisse a intenção de direcionar as discussões em consonância com as demandas oriundas do SUS, de fato, se materializava, principalmente, pela necessidade de articulação da FM/UFRJ com as Redes de saúde para garantir a alocação dos alunos nos serviços. Apesar de não haver registro da participação de representantes de nenhum desses Sistemas nas reuniões ordinárias do PEM realizadas até o momento, esse fato

---

<sup>35</sup> Regimento do Conselho Gestor do Programa de Educação Médica da Faculdade de Medicina/UFRJ.

pode ser evidenciado nos diálogos entre a FM/UFRJ e os representantes das secretarias de saúde em outras reuniões que buscam definir qual o local e de que forma será feita a alocação dos alunos.

No que se relaciona às discussões, como dito anteriormente, as propostas e encaminhamentos que emergem das discussões são submetidas à votação entre os participantes do PEM, ressaltando-se que as reuniões são abertas a toda a comunidade envolvida com a formação do médico, gerando um grupo extenso de participantes. Posteriormente, estas propostas são submetidas à consulta pública, mediante plataforma *online*, na qual docentes, técnicos administrativos em função docente ou não e discentes têm direito a voto.

Todas as ideias formuladas pelos membros são discutidas e postas em votação, ainda que isso signifique reiniciar a discussão sobre o porquê de reformular o currículo ou acerca da real necessidade de se modificar a estrutura curricular ou ainda se é necessário ou não atender às orientações das DCNM. Ressaltamos que, por se tratar de um grupo heterogêneo e aberto a toda a comunidade, em grande parte das reuniões esses se constituem nos principais pontos de discussão, principalmente quando um novo membro se junta às discussões. Na análise do Professor D, no entanto, a morosidade do processo de reforma se dá mais pelos conflitos gerados na trajetória da reformulação do que pelo elevado número de membros.

[...] pode-se inferir que talvez não seja somente a questão do número de membros, maior ou menor, que dificulta o andamento e a conclusão dos trabalhos. Há muitos interesses em jogo que geram constantes conflitos. Conflitos de poder, de disputa de território.

Apesar dos possíveis retrocessos gerados por essa metodologia, este processo dialógico de condução dos trabalhos é destacado pelos entrevistados como um ponto positivo no decurso da reforma. A capacidade agregadora do Coordenador do PEM de congregar ideias divergentes e mediar conflitos também é ressaltada, pelos Professores entrevistados, como um dos motivos pelo qual a reforma tem avançado.

Finalmente escolhemos uma pessoa, o Sergio é uma pessoa que tem uma capacidade agregadora infinita, talvez porque ele seja psiquiatra e consegue administrar os conflitos.  
(Depoimento da Professora C)

A professora E ressalta, contudo, que apesar do traço democrático do Coordenador na condução das discussões, o processo de reforma não se articula com as dinâmicas externas.

[...] A partir do seminário de avaliação a gente juntou pessoas muito motivadas, sob a liderança do Sergio que é assim uma figura ímpar. Ele consegue mobilizar as pessoas, ele usa muito da dinâmica da psicanálise dentro dos grupos. Então isso é muito produtivo. Porque ele consegue agregar bastante. [...] E existe um ponto muito positivo que é a aprovação democrática dos passos. Para algumas pessoas isso é negativo porque é muito moroso ser democrático, passar por todos os fóruns. [...] É uma democracia só interna. Por exemplo, o Sergio não faz uma vinculação com a política externa muito. O Sergio é muito daquela questão institucional mesmo [...] dentro do PEM ele faz um processo muito mais doméstico de resoluções. Isso é muito importante, mas tem que ter um *link* entre as coisas, não pode ser só doméstico. O currículo é **político! Político!** [ênfase dada pela entrevistada] Eminentemente político.

Cabe destacar que, além dessa capacidade agregadora do Coordenador, alguns movimentos institucionais contribuíram fortemente para o avanço da reforma e para a afirmação do PEM como o fórum de discussão sobre o ensino. No período 2010-2014, o Professor Sergio Zaidhaft foi convidado a assumir o cargo de Diretor Adjunto de Graduação, na recondução do Professor Antônio Ledo Alves da Cunha para a Direção da FM. As discussões sobre a reforma passaram, então, a ganhar visibilidade e importância dentro da faculdade. A partir do momento em que o Professor Sergio Zaidhaft passou a acumular os cargos de Diretor Adjunto e Coordenador do PEM as reuniões se intensificaram e as discussões avançaram. Outro dado que conferiu apoio à reforma dentro da universidade foi a eleição do Professor Antônio Ledo Alves da Cunha para ocupar o cargo de Vice-Reitor da UFRJ, em 2011, na gestão do Magnífico Reitor Carlos Antônio Levi da Conceição, no período de 2011 a 2015, conferindo ao PEM reconhecimento na universidade.

Com o intuito de compreender os embates em torno da formação de médicos, apresentamos neste capítulo as principais ideias em disputa no processo de reforma que deu origem ao atual currículo tais como a integração de conteúdos básicos e clínicos e a inserção precoce na Rede de saúde. A opção pela análise dessas questões foi embasada pela observação de que tais ideias ainda se constituem em objeto de disputas na instituição. Destacamos também questões que perpassaram o currículo de medicina da FM/UFRJ nas últimas décadas e que produziram tensões no desenvolvimento curricular.

Para uma melhor compreensão do cenário da educação em saúde, abordamos as transformações paradigmáticas na formação médica, destacando as mudanças no conceito de saúde que reorientou os processos de formação de recursos humanos na área. Mostramos, ainda nessa seção, o contexto de criação das DCNM, salientando as principais mudanças introduzidas no ensino da medicina. Consideramos pertinente, também, ressaltar as dinâmicas institucionais que possibilitaram a criação do Programa de Educação Médica da FM/UFRJ. Por fim, com a finalidade de entender os elos entre os sujeitos da reforma, analisamos as nuances do desenvolvimento do PEM.

Na próxima seção iniciamos a análise da trajetória da reforma curricular do curso de medicina da FM/UFRJ. Buscamos compreender de que maneira vêm caminhando os trabalhos do PEM, identificando, a partir das falas dos entrevistados, da nossa observação nas reuniões e da análise documental as articulações realizadas para a elaboração do novo currículo.

### **3 INVESTIGANDO A FORMAÇÃO DO ‘BOM MÉDICO’ – O PROCESSO DE REFORMA CURRICULAR DO CURSO DE MEDICINA DA FM/UFRJ**

Neste capítulo apresentamos o estudo do processo de reforma do curso médico da UFRJ, conjugando nossa observação nas reuniões do Programa de Educação Médica (PEM) com a análise documental e com a fala dos professores e Diretores entrevistados. Buscamos, assim, apresentar a trajetória do processo e as articulações entre os atores do reforma. Cabe destacar que os nomes dos protagonistas, citados neste capítulo, constam dos documentos oficiais que nos foram cedidos pelo Coordenador do PEM com a devida autorização de sua utilização. (Anexo B).

Para melhor compreensão das discussões, procuramos, inicialmente, abordar os pontos mais relevantes evidenciados nas reuniões do PEM e as principais articulações promovidas no processo de reforma do curso médico entre os anos de 2010 e 2014. Analisamos de que forma os desdobramentos de tais articulações e os embates gerados orientaram os rumos da reforma.

Em um segundo momento, mostramos o processo de delineamento das orientações para o novo currículo e o desenho curricular proposto. Considerando que o processo de reforma curricular encontra-se ainda em curso, procuramos salientar até que ponto as discussões para a reformulação do currículo chegaram, destacando os principais entraves que perpassaram o processo.

#### **3.1 O PROCESSO DE REFORMA CURRICULAR DO CURSO MÉDICO DA FM/UFRJ: TRAJETÓRIA E ARTICULAÇÕES**

Como dito no capítulo anterior, as discussões para o processo de reforma curricular iniciaram-se, efetivamente, em 2010. Apesar de o PEM ter sido constituído em 2009, nesse ano o grupo ocupou-se integralmente da elaboração de seu Regimento e do estabelecimento das metas e do direcionamento dos trabalhos. Para tanto, em janeiro de 2009, com o intuito de dar início às discussões, a Faculdade de Medicina enviou solicitação aos seus Departamentos e aos Institutos do CCS que participam diretamente da formação do médico, solicitando que indicassem seus representantes no PEM, sugerindo que fossem designados aqueles que haviam participado da elaboração do Regimento do Conselho Gestor. Assim após a redação e

aprovação do Regimento, tiveram início, em fevereiro de 2010, as reuniões que se ocuparam efetivamente da reforma.

Já nas primeiras reuniões, o grupo afirmava que a necessidade de ampliar o internato para dois anos exigia, “para além de um convite a repensar as disciplinas, uma convocação da Direção da Faculdade de Medicina”<sup>36</sup>. Tal posicionamento do grupo tornava evidente que a reforma e os trabalhos do PEM deviam ser abordados de forma institucional. Em outras palavras, os integrantes do PEM consideravam que apenas a retórica de sanar os problemas de desenvolvimento do currículo não seria suficiente para justificar internamente a reforma e mobilizar docentes e técnicos. Demandavam, desse modo, o apoio da Direção da FM/UFRJ para seu trabalho.

Assim, em março do mesmo ano, o então Diretor da FM/UFRJ, Antônio Ledo Alves da Cunha, reuniu-se com os Departamentos da FM/UFRJ, juntamente com os membros do PEM, para apresentação do programa e para mobilizar o corpo social a respeito da “necessidade/exigência de mudança”<sup>37</sup>. Foi pactuado também com os membros do PEM que, com o intuito de apresentar o programa e conquistar mais aliados à reforma, as visitas se estenderiam aos institutos do CCS.

A FM/UFRJ conta com um número elevado de docentes (em torno de 400), de técnicos em função docente, além dos professores dos institutos do CCS. O objetivo da ida aos Departamentos e demais Unidades era, então, de “conquistar, sensibilizar e convencer”<sup>38</sup> professores e técnicos em função docente a participar das reuniões sobre o currículo e sobre a necessidade da reforma. Diferentemente do que ocorre com seus Departamentos, a FM/UFRJ não possui ingerência sobre os demais institutos básicos e a organização das disciplinas dos períodos iniciais está sob a responsabilidade dos mesmos. Fica evidente que, a intenção do grupo, ao propor a participação dos docentes nas reuniões, além de discutir a priorização de temas, a correção da sobreposição dos conteúdos e a redução de carga horária das disciplinas, era, também, garantir a legitimidade da reforma e do próprio PEM.

A estratégia para levar os docentes à adesão das discussões fundamentava-se no argumento de que a ampliação do internato de dezoito para vinte e quatro meses, que se constituía em uma das principais alterações propostas pelas DCNM, acarretaria a diminuição e, conseqüentemente, a redistribuição da carga horária das disciplinas. Ainda que a intenção do PEM fosse promover o debate sobre a formação e corrigir problemas no desenvolvimento

---

<sup>36</sup> Síntese da reunião de 26/02/2010.

<sup>37</sup> Síntese da reunião de 11/02/2010.

<sup>38</sup> Síntese da reunião de 25/02/2010.

curricular, tal argumentação acirrou as disputas entre os institutos pela manutenção de suas disciplinas no currículo, centrando a discussão sobre a reforma nesse tema.

Os representantes do básico reafirmavam, então, a importância dos conteúdos de suas disciplinas como alicerces da formação do médico e orientaram o rumo das discussões para a definição sobre a quem pertenceria a autoridade científica para ministrar tais conteúdos. Assim, questões como a mudança no modelo de assistência à saúde, a antecipação do contato com o paciente ou de aspectos relacionais da prática médica só foram introduzidas nas discussões posteriormente.

Para além das consequências geradas pela ampliação de sua duração, nas discussões do PEM observamos críticas internas quanto ao estágio prático no que se referia à uniformidade e ao cumprimento integral das atividades em algumas áreas. Os docentes expressavam, assim, a preocupação de que o aumento simplesmente da carga horária não implicasse, necessariamente, a garantia de melhoria da qualidade do internato.

É claro que a criação, a diminuição ou aumento que o PEM está discutindo, entra nesse objetivo maior [de atender às DCNM]. A ampliação do internato é uma medida muito boa, isto está sendo proposto. Quanto mais tempo o aluno vir o doente, melhor; medicina se aprende no doente [sic]. Mas tínhamos o temor que acontecesse o que já está acontecendo: que se amplie o tempo em que o aluno vem pela manhã a nossa Faculdade e então na realidade estamos diminuindo em um semestre a tarde de atividades, porque a maioria dos internatos não está usando o horário inteiro. Era só esse o temor que colocamos. (Depoimento do Professor B)

Em seu depoimento, o mesmo Professor aborda a desvalorização do conhecimento prático como consequência para o esvaziamento do internato. Faz referência, ainda, aos critérios de seleção para a Residência Médica, regulados pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)<sup>39</sup>, como um fator externo que contribui para a desvalorização do conhecimento prático na graduação, uma vez que nos concursos para o preenchimento das vagas de Residência Médica tais conhecimentos não são cobrados, sendo valorizados tão somente aspectos teóricos da prática médica.

---

<sup>39</sup> A Residência Médica, Instituída pelo Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, é uma modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização. Funciona em instituições de saúde, sob a orientação de profissionais médicos. O mesmo decreto criou a CNRM. O Programa de Residência Médica, cumprido integralmente dentro de uma determinada especialidade, confere ao médico residente o título de especialista. A expressão “Residência Médica” só pode ser empregada para programas que sejam credenciados pela CNRM. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/residencias-em-saude/residencia-medica>>, acesso em 01/11/2016.

Nós sabemos que isso [critério de entrada na Residência Médica] é centralizado pela Comissão Nacional de Residência [Médica]. A primeira coisa é que a regra de entrada não poderia ser centralizada. Nós temos autonomia para fazer vestibular, concurso de professor, avaliação de funcionário, de disciplina, enfim, de tudo. [...] A prova de escolha múltipla, por exemplo, é uma exigência. Prova prática hoje com doente quase não é feita. É feita uma prova de imagens e de simulação, os que fazem. [...] Os alunos respondem muito a esta questão: critério de ingresso na Residência Médica. Na hora que for exigido conhecimento prático mesmo, será a melhor forma do aluno pragmático se dedicar a aprender isso [conhecimento prático]. (Depoimento do Professor B)

Ressaltamos, no entanto, que os processos seletivos para a entrada na Residência Médica não estão totalmente desvinculados dos interesses das instituições. Cabe destacar aqui que, a CNRM, responsável pela definição das vagas a serem ofertadas nos concursos de Residência, bem como dos critérios de seleção, é composta por médicos, muitos deles integrantes dos quadros docentes das universidades ou ligados aos programas de Residência Médica. Dessa forma, ainda que tais instituições não possuam autonomia na definição dos critérios de entrada, submetendo-se às regras impostas pela CNRM, suas demandas, muitas vezes, opostas àquelas do Sistema Público de Saúde, não estão totalmente apartadas do processo.

As discussões sobre a reformulação do internato levantaram questões sinalizando também para o “descompasso entre os objetivos do curso médico e as provas de acesso à Residência”<sup>40</sup>, questionando os “limites das possibilidades institucionais para solucionar o problema”<sup>41</sup>. O Professor B pondera, no entanto que, além dessa influência externa na formação, a questão primordial a ser abordada se refere à filosofia do atual internato e ao fato de seu desenvolvimento ocorrer, majoritariamente, em hospitais de grande complexidade nos quais o aluno aprende a diagnosticar e tratar doenças de menor incidência na população.

Nós deveríamos mudar nosso internato de modo a atender a esse objetivo: de sair daqui um aluno capaz de examinar um doente, de resolver os problemas simples. Saber tratar um diabetes comum, uma hipertensão simples, fazer um curativo, fazer uma sutura, é isso; tratar uma parasitose intestinal, encaminhar uma gripe, usar alguns antibióticos essenciais, saber hidratar uma criança por via

---

<sup>40</sup> Síntese da reunião de 09/06/2011.

<sup>41</sup> Síntese da reunião de 14/06/2011

oral pelo menos, tratar uma diarreia, saber tratar um corrimento, umas coisas essenciais. E nós temos deficiência nisso porque internamos um doente muito complicado. É bom para o residente, para a Pós-Graduação, mas para a Graduação, não é. Eles sabem [tratar] mais lúpus do que uma tratar uma gripezinha [sic].  
(Depoimento do Professor B)

A partir dessa constatação, a oportunidade de discutir e buscar meios para enfrentar também questões que discutissem a qualidade do ensino foi utilizada, por parte dos membros do PEM, como um argumento na discussão da ampliação do internato. Essa estratégia visava evitar a adoção de propostas de reformulação do currículo que se fundamentavam apenas na reorganização das disciplinas.

Nesse momento, já circulavam na instituição outras propostas de reforma do currículo que propunham apenas a redução da carga horária das disciplinas nos nove períodos anteriores ao internato, como forma de se adequar às DCNM, sem questionar, contudo, o modo como o mesmo vem sendo desenvolvido. Tais propostas não consideravam, tampouco, a defasagem do currículo, as mudanças ocorridas no mundo do trabalho e na organização social da medicina.

[...] com a recomendação de que o internato tivesse 35 % da carga horária, nosso internato [que] é [realizado] em três semestres vai ter que passar a ser em quatro. Isso foi o que usamos como alibi para poder reformular o currículo. Se nós cortássemos doze a treze por cento de todas as disciplinas, nós espremeríamos as disciplinas anteriores ao internato e esticaríamos o internato de três para quatro semestres. [...] seria aumentar uma coisa ruim para outra com mais tempo, igualmente ruim. Ruim no sentido de fraco, sem uma filosofia que uniformize a prática, então esse foi o grande alibi.  
(Depoimento do Professor A)

A redução da carga horária das disciplinas decorrente da ampliação do internato, no entanto, se constituía em um dos entraves às discussões e à aceitação da reforma, uma vez que cada disciplina desejava manter seu espaço no currículo. As falas dos Professores D e E destacam os diferentes interesses em jogo por trás da disputa pela permanência no currículo.

[...] antes mesmo da instituição das Diretrizes de 2001, já se falava em aumentar a carga horária do internato. Mas a questão determinante passou a ser o internato em dois anos. O ensino e a aprendizagem práticos em dois anos. [...] O problema não era a aceitação da ideia, mas de quem iria ceder espaço para o aumento do tempo de internato num curso que precisava se manter com a

duração total máxima de seis anos, ou de doze semestres letivos. Eis aí a questão. (Depoimento do Professor D)

[...] E têm muitas tensões nesse caminho, ninguém quer mudar fácil. Existem muitas pessoas [...] porque o currículo também determina áreas de poder. Então quando você diz que uma disciplina tem x créditos isso significa que você tem correspondentes professores, correspondentes alunos, correspondentes possibilidades de ter bolsa para algumas coisas. Então essa é uma disputa que ninguém quer abrir mão. (Depoimento da Professora E)

O Professor D afirma também que, ainda que pessoalmente não considerasse um problema um mesmo conteúdo ser ensinado por mais de uma disciplina, desde que com abordagens diferentes, com a premente necessidade de aumentar a carga horária do internato, sem ampliar a duração total do curso, a constatação das sobreposições de conteúdo e a necessidade de redução das mesmas se constituíram em um ponto chave na argumentação do PEM em defesa da reforma.

[...] A questão principal, geradora de acalorados dissensos, era quem iria ceder tempo e espaço de suas respectivas disciplinas para se contemplar o aumento do estágio curricular obrigatório de treinamento em serviço. Havia uma evidência: a da sobreposição de conteúdos abordados por diferentes disciplinas [...] quando premidos pela necessidade de prolongar o tempo do internato, sem esticar a duração do curso para além dos seis anos, extinguir as sobreposições era uma forte e indeclinável argumentação. (Depoimento do Professor D)

A opção do grupo pela estratégia de sanar a repetição de conteúdos direcionou o foco das reuniões para disputas entre os docentes do ciclo básico pela autoridade científica para ensinar determinados conteúdos. Da mesma forma, cada representante de um instituto ou programa buscava defender a permanência de suas disciplinas no currículo a partir do emprego da retórica da importância do conhecimento das ciências biológicas como alicerce da formação médica. Destacamos que, pela organização acadêmica do curso médico, as disciplinas básicas estão registradas sob a responsabilidade dos institutos do CCS e assim, coube à FM/UFRJ apenas a condução das discussões, sem intervenção direta.

No início das discussões, em fevereiro de 2010, o PEM foi dividido em três grupos de trabalho, a saber: grupo internato; grupo integração básico-clínico e grupo currículo. O

foco de discussão desse último seria as prioridades de ensino, a repetição de conteúdo, além do levantamento e revisão de turnos livres, as chamadas áreas verdes.

De acordo com o Professor A, a divisão do grupo não foi considerada produtiva por seus próprios integrantes, uma vez que as questões pertinentes ao currículo perpassavam também as discussões dos outros dois grupos. O Professor destaca, ainda em sua fala que, a inexperiência do PEM, no que diz respeito à reforma curricular, permitia uma dinâmica de trabalho que se reconstruía a partir dos próprios erros e considera esse um de seus pontos mais positivos.

Então muito do que a gente fez, pensando [...] com um olhar retrospectivo, fizemos metendo os pés pelas mãos, errando e acertando. Em vários momentos tentamos seguir por um caminho que não deu certo. Em fevereiro de 2010 resolvemos separar em três grupos de trabalho: um grupo de integração básico-clínico, um grupo de internato e um grupo que chamamos das clínicas<sup>42</sup>. No mesmo dia em que os grupos se separaram para começar os trabalhos, os três grupos chegaram à conclusão que não estava adiantando. (Depoimento Professor A)

Dessa forma, a partir da dissolução dos grupos de trabalho, o PEM identificou, então, a necessidade de estabelecer os “princípios gerais que irão orientar a estruturação do novo currículo.”<sup>43</sup>. Seus membros sinalizavam, então, para a importância de discutir a reforma a partir de três premissas, a saber: a filosofia/ideologia do curso (qual o perfil do médico a ser formado pela FM/UFRJ); o conteúdo (o que deve ser considerado prioridade para ser ensinado) e a metodologia (como ensinar). Para os integrantes do PEM questões como a integração básico-clínico e a reformulação do internato não poderiam ser discutidas sem levar em consideração tais premissas.

A definição dessas premissas, no entanto, se constituiu em objeto dos principais embates travados entre os integrantes do PEM e na instituição, por conterem em si discussões que envolviam interesses profissionais diversos. Embora o grupo afirmasse essas três premissas como pilares da discussão, as discussões centraram-se na determinação do perfil do egresso e dos conteúdos.

Para iniciar a reforma, o grupo optou por utilizar uma metodologia de trabalho que consistia em confrontar as disciplinas oferecidas no atual currículo com o que era preconizado

---

<sup>42</sup> Observamos uma divergência entre o nome de um dos grupos que consta nos documentos (currículo) com aquele ao qual o Coordenador do PEM se refere (clínicas).

<sup>43</sup> Síntese da reunião de 11/03/2010.

pelas DCNM, visando ao “diagnóstico e solução dos problemas a enfrentar.”<sup>44</sup>. No entanto, constatado pelo PEM que o atual currículo, datado de 1997, estava defasado em relação às mudanças ocorridas nas últimas décadas no cenário da educação médica e aos avanços sociais e científico-tecnológicos, compreendeu-se a necessidade de conhecer mais sobre a realidade da profissão para, então, redigir o novo currículo.

Propôs-se, portanto, a discussão coletiva do grupo sobre (a) as DCNM; (b) as doenças prevalentes e as prioridades de saúde da população; (c) as metodologias ativas de aprendizagem e (d) o perfil atual do médico e as características do mercado de trabalho. Desse modo, foram convidados docentes da própria instituição para apresentarem os principais pontos de cada uma das questões propostas.

Os temas que envolviam as doenças prevalentes e o mercado de trabalho também não foram discutidos de forma mais aprofundada, e assim, os debates seguiram centrados na definição do perfil desejado. Sobre a metodologia, algumas propostas sugerindo a adoção de um modelo de ensino que empregasse metodologias ativas de aprendizagem foram postas em discussão, mas não foram aprofundadas.

Evidencia-se, assim, pouco interesse do grupo em modificar a abordagem metodológica as atividades de ensino, reforçando o modelo no qual o professor ocupa o lugar de transmissor do conhecimento. A desvalorização desses temas nas discussões sinalizava que o grupo priorizava a definição do corpo de conhecimentos que deveriam ser considerados importantes na formação do médico para estabelecer ou reafirmar qual o papel social da FM/UFRJ.

Inicialmente, ainda que a ideia não representasse um consenso, as discussões sinalizavam a necessidade de “adequar o currículo plenamente às DCNM do MEC, de 2001.”<sup>45</sup>. Interessante ressaltar, no entanto, que a maior parte dos participantes do PEM e dos docentes envolvidos na formação do médico desconhecia o conteúdo ou mesmo a existência das DCNM. Em um primeiro momento, foi necessário, então, apresentar aos membros do PEM, aos Departamentos da FM/UFRJ e aos docentes dos Institutos do CCS o texto das DCNM.

Essa apresentação foi realizada pelo Coordenador do PEM que, ao longo das discussões, destacava só ter ele próprio tomado conhecimento das DCNM ao ser nomeado para coordenar a reforma. Considerando a tradição da instituição de atuação e posicionamento nos debates na área da saúde, salientamos que o desconhecimento das DCNM indicava a falta

---

<sup>44</sup> Relatório das reuniões do PEM no ano de 2010.

<sup>45</sup> Relatório das reuniões do PEM no ano de 2010.

de uma cultura na instituição de discutir e repensar os processos de formação e a desvalorização das questões referentes ao ensino, prevalecendo o aprimoramento da técnica e das inovações tecnológicas.

No que se refere ao tema das doenças prevalentes e às prioridades de saúde da população, as discussões encaminharam os debates para a necessidade de discutir que médico se desejava formar. O embate sobre qual eixo (generalista ou especialista) o currículo deveria seguir levantou questões sobre o compromisso da universidade pública com a formação de médicos segundo as necessidades de saúde da população.

As discussões se concentraram no questionamento sobre a possibilidade da formação do médico da UFRJ ser voltada exclusivamente para as necessidades do SUS e sobre ser esta uma “medicina mais simples? Mais complexa? Será medicina de “pobre”? Mais rala?”<sup>46</sup>. Esse ponto, assim, se constituiu em um dos temas que suscitaram embates no PEM, perpassando as demais discussões.

Nos debates o grupo aborda, ainda, a complexidade da questão de formar médicos para atender, exclusivamente, às necessidades de saúde mais frequentes da população em detrimento de outros problemas de saúde. Alguns posicionamentos no grupo destacavam a pressão externa, imposta pelas DCNM, para a mudança curricular e defendiam a importância da FM/UFRJ não se submeter apenas às exigências externas de formação (do MEC), mas de desenvolver nos alunos o senso crítico com relação a elas.

No entanto, cabe ressaltar que, o caráter público da FM/UFRJ não era considerado nas discussões para a reformulação do currículo. Destacamos que, apesar de a instituição ser mantida com recursos públicos, o compromisso de contribuir para sanar as distorções entre o perfil do médico a ser formado e as necessidades de saúde da população não era um ponto central na orientação da reforma, evidenciando que a formação voltava-se para interesses profissionais individuais.

As discussões não avançaram também no que se referia à questão da graduação ser uma etapa completa da formação na qual o aluno sairia um profissional pronto, ou uma fase inicial que lhe permitiria seguir ampliando seus conhecimentos segundo seus interesses. Tampouco se aprofundavam no que se referia às questões de mercado que orientam atualmente a formação do médico da FM/UFRJ. Uma das entrevistadas aponta, no entanto, esse ponto como falho no atual currículo e um elemento importante de discussão que não poderia ser negligenciado na formação do médico.

---

<sup>46</sup> Síntese da reunião de 10/03/2010.

[...] De o aluno conversar com o outro, ouvir a narrativa do outro, para essa narrativa atingir o aluno e ele começar a tentar entrar no mundo daquela pessoa e entender no que isso contribui para a doença dela, no que isso contribui para ela não se tratar [...] No momento em que a Medicina foi ficando mais técnica, por quê? Porque a indústria tem que vender mais equipamentos. Não interessa para a indústria que eu [médico] fique uma hora conversando com você [paciente]. [...] A indústria quer, o capital quer formar você [médico] para um tipo de desempenho prioritário que abranja o que é de alto custo. Então na nossa formação, a grande queixa é essa. Os alunos, por exemplo, eles não têm um *approach* para chegar para uma pessoa e entende-la conversando, porque isso fica perdido no meio do caminho. (Depoimento da Professora E).

Um dos pontos centrais das discussões, a integração básico-clínico era apontada nas reuniões do PEM como um dos pilares na construção do novo currículo, sendo considerado crucial que esta se constituísse em um compromisso institucional. A integração entre as áreas era entendida, dessa maneira, para além das ações pontuais e isoladas. Não obstante, a aproximação nas reuniões entre docentes das diversas áreas do conhecimento fez com que os mesmos vislumbrassem possibilidades imediatas de integrá-las.

Assim, foram agendadas reuniões entre as áreas básica e profissional visando identificar situações e atividades que permitissem essa integração, já no segundo semestre letivo de 2010, independentemente da mudança curricular. Não se registraram, contudo, ações que tenham se originado dessa proposta.

Com o avanço das discussões, ficou claro que, além da desintegração entre áreas, os docentes desconheciam o currículo no que se referia à grade curricular, aos conteúdos ensinados nas disciplinas ou às metodologias empregadas. O grupo identificou que praticamente todos os docentes desconheciam a grade curricular ou o que era ensinado em outras disciplinas do mesmo período em que a sua era ministrada ou mesmo de períodos diferentes.

Inicialmente, essa constatação fazia menção apenas aos docentes que ministravam disciplinas do ciclo básico. Surgiu, assim, a sugestão de que, antes da elaboração da proposta curricular, os coordenadores desse ciclo apresentassem, ao grupo, suas disciplinas para que houvesse “revisão dos conteúdos e carga horária das disciplinas do básico.”<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> Síntese da reunião de 08/04/2010.

Verificou-se, todavia, que para os professores do ciclo clínico o currículo era igualmente desconhecido. Portanto, decidiu-se solicitar aos coordenadores de todas as disciplinas, por período, que apresentassem nas reuniões “seu programa, a relevância de seus conteúdos, sua metodologia de ensino, suas possibilidades de integração e em que momento do curso” entendiam que sua disciplina deveria ser ensinada.

Então resolvemos rever tudo. Em alguma reunião surgiu a ideia “Por que não revemos todas as disciplinas?” alguém falou, acho que foi a Denise [Mattos] [...] isso foi em março de 2010. Para ter um retrato do curso, nós não tínhamos, uma coisa é o que está no papel. Os programas que estão no papel do catálogo da Faculdade já não são os programas que as disciplinas oferecem. (Depoimento do Professor A)

Já na primeira apresentação do módulo de Biologia Celular, integrante da disciplina Histologia e Embriologia Básicas, do primeiro período (M1)<sup>48</sup>, constatou-se a “superposição de Biologia Celular com Biofísica: não uma repetição necessária e esperada, mas redundante e desnecessária.”<sup>49</sup> Destacava-se a necessidade de determinar o que competiria a cada uma das disciplinas ensinar, questionando-se como estabelecer a especificidade, os limites de atuação, a interseção e a possível integração entre elas. Concluiu-se, então, a partir da apresentação das disciplinas do primeiro período, que existia “desintegração entre as disciplinas: imperiosa necessidade de uma coordenação para esse período”.

A definição de um coordenador para o M1 era entendida como uma forma de evitar repetições desnecessárias de conteúdo, bem como de solucionar a falta de integração identificada. Desse modo, propôs-se criar um PCI para o primeiro período, contemplando os módulos da disciplina Histologia e Embriologia Básicas (M1): Histologia, Biologia Celular, Biologia do Desenvolvimento e as disciplinas: Biofísica (M1), Bioquímica (M1) e Genética (M2). Cabe ressaltar que atualmente tais disciplinas são ministradas pelos Institutos do CCS (ICB, IBCCF e IB),<sup>50</sup>. Essa decisão do grupo ampliou as disputas, não somente na elaboração de um programa de ensino que integrasse seus conteúdos, como também pela escolha de um coordenador.

Um dos pontos assinalados na discussão de reformulação do primeiro período, fazia referência à preocupação em “motivar os alunos no primeiro período a se sentirem fazendo

---

<sup>48</sup> Internamente, cada período do curso médico é identificado por M1, M2 e assim, sucessivamente, até o M12.

<sup>49</sup> Síntese da reunião de 27/04/2010.

<sup>50</sup> Instituto de Ciência Biomédicas (ICB), Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho (IBCCF) e Instituto de Biologia (IB)

“Medicina”<sup>51</sup>. O chamado M1 era um dos problemas a serem enfrentados com urgência na reforma, pelo excessivo distanciamento entre o conteúdo das disciplinas do ciclo básico e a formação do médico, bem como pela repetição de conteúdos nas quatro disciplinas ofertadas (Bioquímica, Biofísica, Anatomia e Histologia e Embriologia básicas).

Tais aspectos foram levantados não só pelos membros do PEM, mas também pelos alunos, nas avaliações realizadas, ao final de cada período pela Direção Adjunta de Graduação da FM/UFRJ, como uma dos pontos críticos do curso. Assim, decidiu-se criar um grupo de trabalho, formado por representantes das quatro disciplinas, especificamente para rever o M1.

[...] o primeiro período, que era um nó, talvez o pior período em que sempre, todas as avaliações eram terríveis, os alunos detestavam. Um absoluto esfacelamento das várias disciplinas, dos vários Institutos e, dentro dos Institutos, de cada programa. Então esse grupo [...] resolveu praticamente acabar com as fronteiras das várias disciplinas. O que está movendo o grupo de trabalho é determinado tema: água, eletrólitos, membrana, gene, proteína, o tema que for. [...] As interfaces, os tangenciamentos, as redundâncias são estudadas para só haver repetição quando necessária [...] Ao final de cada semana haverá um momento de integração. (Depoimento do Professor A)

Um dos pontos frequentemente assinalados nas apresentações das disciplinas e nas discussões que se seguiram, a integração dos conteúdos básicos e clínicos era retratada pelo PEM como o “diagnóstico a que sempre chegamos: a necessidade de integração é fundamental.”<sup>52</sup>. A integração, destacada como um dos pilares da reforma era, igualmente, um desafio a ser enfrentado na construção do currículo. Ainda que não representasse garantia de qualidade da formação, o currículo integrado, além de se constituir em orientação primordial nas DCNM, era entendido pelo grupo como o meio de possibilitar aos futuros médicos compreender a prática profissional e a atenção à saúde de forma mais abrangente e menos fragmentada.

Apontava-se, assim, a necessidade de integrar conteúdos básicos e clínicos, desde o início da formação, inclusive no novo M1 que estava sendo elaborado. Ressaltava-se, contudo, que tal integração não deveria ser realizada meramente pela justaposição das disciplinas, mas pela organização e planejamento dos conteúdos, buscando diminuir, desse modo, a dissociação dos conteúdos do básico da prática da medicina. Essa dissociação entre

---

<sup>51</sup> Relatório das reuniões do PEM no ano de 2010.

<sup>52</sup> Síntese da reunião de 19/05/2010.

os conhecimentos básicos e clínicos se constituíam em motivo de queixa e insatisfação dos alunos com relação ao curso.

[...] Como não existe também uma integração entre os conteúdos, o aluno tem uma dificuldade muito grande para entender porque ele chega para cuidar de gente e a primeira experiência dele é ver o morto. Então ele vê primeiro a anatomia com o morto, em seguida ele vê o ser esquartejado, porque ele vê as células, as funções, as equações e ele não consegue integrar isso. Então, o desejo dele em conhecer o seu objeto real de estudo, de interesse, que é o ser humano doente, no caso da medicina é assim, ele não tem muita oportunidade. (Depoimento da Professora E).

Destacava-se, na integração, como sendo “fundamental o respeito do básico com clínico e vice-versa, e que isso seja transmitido aos alunos”<sup>53</sup>. Destacamos que tal afirmação devia-se, aos inúmeros conflitos e a constante tensão entre as duas áreas no que dizia respeito a quais conhecimentos deveriam ter relevância na formação do médico. Evidenciamos que um fator que influenciava a relação entre o básico e o clínico na FM/UFRJ dizia respeito às críticas, por parte dos docentes, quanto a pouca valorização dada, pelos alunos, aos conteúdos básicos, entendendo-os meramente como uma etapa a ser ultrapassada antes do ensino dos conhecimentos da prática profissional.

Afirmava-se nas discussões que essa desvalorização seria um reflexo da ‘imaturidade dos alunos’<sup>54</sup> por não compreenderem a relevância de tais conteúdos. Ressaltamos que um fator desconsiderado pelo grupo se referia à postura dos próprios docentes de não valorizar tais conhecimentos e de não ofertar um curso que promovesse esta percepção, possibilitando a integração com os conteúdos de suas disciplinas.

Assim, discutia-se se “seria uma questão de os clínicos dizerem aos básicos o que querem que seja ensinado, tomando por base a aplicação futura dos conhecimentos?”<sup>55</sup>. Argumentava-se que, dessa maneira, se favoreceria a orientação de uma formação que privilegiaria a técnica em detrimento do desenvolvimento de um pensamento científico nos futuros médicos e questionava-se se não “Estariamos, deste modo, formando técnicos ao invés de médicos?”<sup>56</sup>. Ainda sobre a questão, ressaltava-se a importância da participação dos docentes de ambas áreas para que houvesse uma integração efetiva de conteúdos. Assim,

---

<sup>53</sup> Síntese da reunião de 06/05/2010.

<sup>54</sup> Síntese da reunião de 10/06/2010.

<sup>55</sup> Síntese da reunião de 10/06/2010.

<sup>56</sup> Síntese da reunião de 15/08/2012.

salientava-se a importância dos docentes do ciclo clínico não participarem somente ao final das atividades programadas para os PCIS, mas de estabelecer um diálogo permanente com as disciplinas do básico.

Algumas propostas de integrar esbarravam, todavia, na argumentação em defesa da manutenção de *status* e reconhecimento no currículo por parte das disciplinas. Os docentes do Programa de Farmacologia, do ICB, responsável pelas disciplinas Farmacologia MI, do 5º período, e Farmacologia MII, do 6º período, ao se referirem à integração de seus conteúdos àqueles das disciplinas clínicas, assinalavam que “esta integração poderia resultar em desvalorização da [sua] disciplina” e defendiam a “integração com manutenção de independência quanto às notas”<sup>57</sup> como forma de preservar o reconhecimento junto aos alunos, o prestígio, o poder de suas disciplinas e, conseqüentemente, do Programa de Farmacologia do ICB.

As questões da implantação de um currículo integrado não se resumiam, contudo, somente a embates, negociações e consensos entre disciplinas dos dois ciclos, mas envolviam, igualmente, disputas entre disciplinas de um mesmo ciclo. No processo de reforma anterior, algumas iniciativas de integrar não foram bem sucedidas e não ocorreram efetivamente e este fator se constituía em motivo de resistência para implantar novas tentativas de integração. O Departamento de Patologia, por exemplo, defendia a “importância da [sua] disciplina isolada e sua valorização pelos alunos (diferentemente do que ocorre na M6)”<sup>58</sup> no qual a Patologia integra um módulo da disciplina Medicina Interna II.

Os docentes do referido Departamento afirmavam, ainda, que a disciplina Patologia e outras que inicialmente participavam dos módulos integrados das disciplinas de Medicina Interna foram “tratadas como subalternas pela Clínica (Departamento de Clínica Médica) na elaboração dos programas e, conseqüentemente, desvalorizadas pelos alunos”<sup>59</sup>. Assim, alegavam uma “descrença absoluta quanto à tentativa de se criar blocos integrados no novo currículo, logo, uma discordância quanto ao modelo proposto.”<sup>60</sup>. Expressavam, ainda, a preocupação do corpo deliberativo do Departamento com a “possibilidade de ‘enxugamento da carga horária’”<sup>61</sup>.

---

<sup>57</sup> Síntese da reunião de 15/08/2012.

<sup>58</sup> Síntese da reunião de 22/08/2012. O Departamento de Patologia além da disciplina Patologia Geral, do 4º período, participa de um módulo da disciplina Medicina Interna II, do 6º período.

<sup>59</sup> Síntese da reunião de 22/08/2012.

<sup>60</sup> Síntese da reunião de 22/08/2012.

<sup>61</sup> Síntese da reunião de 22/08/2012.

O professor A destaca, assim, uma disputa interna no PEM entre dois modelos pedagógicos distintos: o de um currículo avançado (integrado) e o de um currículo mais tradicional (como o vigente atualmente). Salienta, ainda que, as frustrações com processos anteriores de integração se constituem em um dos motivos para a resistência.

Houve experiências anteriores aqui na Faculdade de tentativas de integração entre disciplinas e que não funcionaram muito a contento. Então, para algumas pessoas, ouvir falar em integração é quase uma ofensa, porque isso não foi feito como deveria. [...] Então esse é um ponto: como dentro do próprio PEM há correntes mais favoráveis a um modelo de ensino, vamos falar em avançado e tradicional, na falta de outros adjetivos, não que o tradicional seja ruim nem que o avançado seja bom, só para caracterizar os dois modelos pedagógicos. Então vai ser um conflito, como vai se chegar a um consenso, não sei. (Depoimento do Professor A)

Evidenciamos, no entanto, outras questões implícitas nesse conflito. Uma delas se refere ao perfil do aluno a ser formado e quais os conhecimentos devem ser valorados em sua formação. Durante todo o período de discussões, os debates sobre que médico a FM/UFRJ deveria formar e sobre o cumprimento ou não das DCNM, no que se referia a este ponto, era constantemente retomado.

Terminadas as apresentações, que ocuparam grande parte das reuniões nos anos de 2010 e 2011, encerrando-se em agosto de 2011, as discussões prosseguiram centradas, dessa maneira, no delineamento do perfil do egresso. O Professor A, em sua fala, salienta que a definição do que o PEM se referia como a *filosofia do curso*, isto é, o perfil de médico a ser formado pela FM/UFRJ e as orientações para a definição do currículo, era um ponto crucial na reforma. Acrescenta, porém, que esta definição não estava submetida somente aos embates travados no PEM, mas ao resultado de um conjunto de conciliações na instituição.

Isso [definição da filosofia do curso] é mais complicado. Isso é mais difícil porque não depende só de nós, digo do PEM. Depende de todo o corpo institucional ou pelo menos das vozes atuantes dentro da instituição. Vai depender de uma série de acordos, pactuações [...]

Assim, apesar da legitimidade conferida ao PEM pela representatividade dos diferentes Departamentos da FM/UFRJ e dos Programas dos Institutos do CCS, os docentes

expressam a preocupação com o pequeno número de participantes nas discussões e com a dificuldade de ampliação do ideário da reforma entre o corpo social envolvido com a formação do médico. Tal inquietação se resumia, mais especificamente, em conseguir a adesão à reforma por parte daqueles docentes que detinham algum tipo de liderança na instituição. Essa preocupação evidenciava não somente a inquietação em ampliar as discussões sobre a reforma, mas, sobretudo, conquistar a adesão de docentes que pudesse influenciar ou manifestar-se favoravelmente à aprovação da proposta a ser apresentada.

[...] Dependendo de como [a proposta] for levada à comunidade, ao restante dos professores, ela pode desencadear um processo de reflexão ou, ao contrário, um processo de embate e de conflito. Isso vai depender da maneira como ela for conduzida. [...] Se for uma coisa imposta, haverá uma reação enorme, a maioria dos professores não vai deixar passar. Da Congregação mesmo que frequenta o PEM, só eu mesmo. O pessoal *hard* mesmo [... José Roberto] Lapa [e Silva], Mario Vaisman, Léa Miriam, não tem ninguém lá. Pessoas que têm liderança, vamos dizer, científica, na nossa Instituição. (Depoimento da Professora C)

Outro docente ressalta, também, a necessidade do apoio à reforma por parte das chefias, mas destaca outras questões que perpassavam o processo de reconstrução do currículo no que se refere ao delineamento da filosofia do curso. Assinala, por exemplo, um possível entrave criado pela organização de uma proposta que, ao seguir o preconizado pelas DCNM, priorizando o ensino nas unidades básicas de saúde ao invés de no HUCFF, contrariasse os interesses profissionais dos docentes.

[...] Eu espero que o PEM tenha respaldo das pessoas que estão nos cargos de chefia; a Direção eu sei que está liderando o processo, mas nos Departamentos... Porque se o projeto for adiante vai mexer com os castelinhos, com os núcleos de poder, com os horários, com as atividades. Eu não sei como ensinar coisas simples sem sair dos muros do HU. [...] É um entrave. Já foi maior na época de ter Titulares de muito prestígio, se você contrariasse o projeto ou a vontade deles era muito mais difícil, mas com o tempo muitos se aposentaram, mas ainda fica esse ranço de não mexer com o núcleo de poder de cada disciplina, horário das pessoas. As pessoas têm muitas atividades fora e se sentem ameaçadas quando tem um projeto em que elas terão que dar uma contribuição maior;

cobranças de atividades, mais que de horário. (Depoimento do Professor B)

Para além dos interesses dos docentes, outro ponto que se constituía em entrave às atividades de ensino serem desenvolvidas majoritariamente nas UBS era a dificuldade de se estabelecer um diálogo entre a Rede Pública de Saúde e a universidade. Evidenciamos que as discussões para a reforma curricular têm desconsiderado os saberes produzidos nas práticas dos serviços, prevalecendo a posição da FM/UFRJ no que se refere à interação serviço/universidade. A universidade, e especificamente a FM/UFRJ, se reconhece como produtora do conhecimento, não considerando válidos os saberes produzidos na prática. Desse modo, ao optar por uma postura internalista do processo de reforma, o grupo sinalizava para a manutenção do currículo centrado em atividades nos hospitais e os diálogos com a Rede permaneciam centrados no que se referia às questões de logística na alocação dos alunos. A fala da Professora E aborda tal questão:

[...] Isso é super difícil de fazer porque a academia não reconhece o saber nos serviços. E os serviços começam a desenvolver muito o saber que eles têm, eles já têm. Mas eles percebem que a universidade chega para dominar esse seu núcleo de trabalho. [...] Todas as discussões para o currículo novo elas são baseadas numa posição da FM, numa opinião dos professores da FM. Quando vai alguém do serviço é basicamente para dizer: “Como vai ser? Você vai ter vaga? Vai ter onde colocar? [o aluno]”, mas esse diálogo é muito difícil, muito penoso (Depoimento da Professora E)

E acrescenta, ainda, o questionamento dos docentes da FM/UFRJ quanto à qualidade dos serviços públicos de saúde como um argumento usado para justificar a negativa de supervisionar as atividades de ensino nessas unidades:

[...] os professores não estão nem um pouco receptivos a fazer uma atividade fora das unidades próprias, porque eles não reconhecem o valor, a qualidade, uma série de coisas. Porque ele acha que existe má prática, fora dos próprios. [...] Isso em alguns momentos é verdade e em muitos momentos não é. (Depoimento da Professora E)

O professor A expressa, da mesma forma, sua preocupação quanto às influências sobre a reforma exercidas por interesses profissionais, por disputas políticas e ideológicas, travadas em torno do direcionamento que deveria ser dado ao currículo. Salienta ainda seu temor de que essas influências impedissem a continuidade do processo.

[...] Temos um compromisso, somos uma Universidade pública, enfim, compromisso com **a nação** [entonação enfatizada pelo entrevistado [...] Então, nesse sentido, creio que a ênfase do curso deva ser sim, essa preconizada pelas Diretrizes. Esse será um ponto crucial na discussão que travaremos quando formos delinear a matriz curricular, o desenho do currículo, a linha mestra dele. Em cima disso as disputas políticas, ideológicas e profissionais vão acontecer. (Depoimento do Professor A)

Identificamos, então que as disputas em torno do perfil do egresso eram travadas em torno de dois modelos de formação: o preconizado pelas DCNM e aquele tradicional biomédico, com ênfase em especialidades predominante na instituição. O professor A destaca as retóricas empregadas pelos docentes em defesa do modelo centrado na especialidade.

[...] Em termos de que médico queremos formar é uma discussão muito complicada, porque temos uma tradição de formar, por ser uma faculdade de ponta em termos de pesquisa, de conhecimento. E tem toda uma busca e uma procura, um conjunto de forças puxando para formação de médicos voltada para as necessidades de saúde da população. [...] A partir do olhar de quem lê esse termo ‘necessidades de saúde da população’, a leitura vai recair em termos de “bom, é necessário para a saúde da população que se tenha especialista em cirurgia do dedo mínimo do pé direito” – estou inventando – “Tem pessoas que padecerão de patologias do dedo mínimo do pé direito, então é bom que se tenha gente especialista nisso.” (Depoimento do Professor A)

A discussão sobre o perfil do aluno a ser formado relacionava-se, assim, diretamente ao debate sobre qual o papel social da FM/UFRJ. O fato de se tratar de escola tradicional, de prestígio, com forte inserção na pesquisa e reconhecida socialmente como formadora de uma elite intelectual é destacado por uma das entrevistadas como um entrave à adoção de um currículo que não esteja consolidado do ponto de vista da ciência.

[...] Só que é bastante difícil você conseguir mexer nisso porque como a universidade é muito boa, como a faculdade é baseada muito na pesquisa, na ciência, existem alguns modos e pensar que são muito cristalizados. É muito difícil às vezes o professor abrir mão de alguma coisa por uma inovação, porque ele acha que a

inovação é algo que não tem substância, então ele não pode expor um aluno de uma faculdade de elite no pensar, de duzentos e alguma coisa anos, a uma mudança que não vai ser muito bem embasada. (Depoimento da Professora E)

E acrescenta, também, a desvalorização do que não seja ciência biológica na formação do médico. Critica, assim, a falta de diálogo com outras áreas como uma das dificuldades na formação de um profissional com uma visão mais abrangente da prática médica, assinalando a desarmonia entre o modelo preconizado e as práticas institucionais.

[...] A Faculdade de Medicina da UFRJ, ela tem os seus modos e maneiras de fazer. Existem modos e maneiras de você fazer determinadas coisas. Então, eu acho que essa reforma ela não pode ser feita da maneira que a gente gostaria. [...] que tivesse uma circulação maior dentro da FM de outras questões que atravessam a formação do profissional da saúde e que não são ligadas apenas à ciência médica. Porque é muito importante a ciência médica. O médico é um técnico de alta diferenciação: ele tem na mão dele a prerrogativa da vida e da morte do outro, então ele tem que ter uma formação técnica assim muito importante, mas ele tem que entender o que atravessa esse currículo dele e que vai facilitar ou atrapalhar a formação dele. (Depoimento da Professora E)

Da mesma forma, o depoimento de outro Professor relata o predomínio, entre os docentes da instituição, da visão da ciência biológica como fundamento para a prática médica como um entrave na formação de médicos na perspectiva da integralidade. Acrescenta, ainda que essa visão não permite a compreensão de aspectos subjetivos que perpassam a prática profissional.

[...] Não seria esse o pensamento da maioria dos professores de nossa Faculdade de Medicina e dos Institutos de Ciências Básicas do CCS? Disso, não tenho dúvidas! Tenho ouvido dizerem: “medicina é ciência”. E tenho visto demonstrarem, no mínimo, indiferença para com outras áreas do conhecimento que não a ciência dura. [...] mas a prática médica envolve, sem dúvida, outros conhecimentos, menos racionais, lógicos, concretos e objetivos, mas igualmente importantes. Tratar do humano é tratar de subjetividades, jamais de objetividades, pura e simplesmente. (Depoimento do Professor D)

Portanto, a questão do perfil do médico a ser formado não é, ainda, objeto de consenso nas discussões do PEM e tampouco, na instituição. A Professora C destaca, assim, a

importância do debate no processo de reforma curricular no sentido de promover uma discussão mais ampla sobre qual o papel da FM/UFRJ e, conseqüentemente, qual o perfil desejado do médico.

[...] Qual o modelo de Faculdade que queremos ser? Essa discussão não está amadurecida e conseqüentemente não temos, ainda, solidamente estabelecido o perfil do médico que queremos formar. [...] Uma escola com pouco aluno e com uma inserção muito forte na pesquisa. E o currículo aí não necessariamente precisa estar inserido na realidade local [...] Ou seremos uma escola assim ou seremos uma escola massificada de formar, formar Graduação, formar técnicos. (Depoimento da Professora C).

E acrescenta ainda que, a definição do papel da instituição na formação do médico implica também outras questões como, por exemplo, a definição da política de contratação de docentes. Ressalta a distinção entre dois projetos na formação: um voltado para a pesquisa, para a produção de conhecimento e outro dedicado ao ensino, defendendo, contudo, a relevância da FM/UFRJ promover uma formação na qual predomine o equilíbrio entre esses dois modelos, ainda que reconheça a dificuldade de compatibilizá-los.

Nós temos que ter esse meio termo, tipo a USP, desenvolver o conhecimento de um lado e de outro lado formar um número razoável de alunos. Se definirmos assim é mais complicado, porque se formos uma universidade de pesquisa vamos exigir, para recrutar docente, somente doutor. Para que vamos querer assistente? Perda de tempo. Vamos seguir a política da CAPES. Se formos uma Universidade com alunos temos que admitir, por exemplo, professor em 20 horas, assistente ou auxiliar, é outra política. (Depoimento da Professora C).

Afirmamos que o perfil do aluno, o papel social da Faculdade e a questão da contratação docente relacionam-se, entre outras, com a questão da desvalorização do ensino de graduação e, especificamente no curso médico, de disciplinas como a Propedêutica Clínica e a Medicina Interna I<sup>62</sup>, por serem consideradas por muitos docentes como disciplinas que conferem pouco *status*. Tais disciplinas, apesar de representarem um marco no ciclo profissional, introduzindo o aluno na prática médica, têm sofrido um processo de

---

<sup>62</sup> A Propedêutica Clínica e a Medicina Interna I são aquelas disciplinas que tradicionalmente estabelecem o primeiro contato do aluno com a prática médica e compreende a observação e análise sistemática dos sintomas, sinais clínicos, elaboração das grandes síndromes por meio do raciocínio clínico, desenvolvimento do relacionamento médico-paciente e da técnica de entrevista, utilizando-se, como campo de treinamento, as enfermarias e os ambulatórios.

desvalorização acirrado, por exemplo, pela excessiva valorização dos recursos diagnósticos complementares em substituição ao exame físico.

A nossa Faculdade ainda não discutiu isso bem, nós oscilamos. Às vezes predomina a universidade de pesquisa e só contratamos doutor, e alguém do ensino diz “Se não contratar assistente não vai conseguir dar a [s] disciplina [s] [Propedêutica Clínica e Medicina Interna I]. Vamos deixar isso para os médicos?” Porque numa universidade de pesquisa não precisa de professor assistente, deixa o médico dar a parte técnica, precisa de aluno para a Pós [Graduação]. Começa quase uma guerra interna, o pessoal do ensino contra o pessoal da pesquisa, dizendo que a pesquisa não adianta nada. O pessoal da pesquisa não quer dar aula de Semiologia<sup>63</sup>, então existem contradições que temos que discutir um pouco melhor e aplicar isso no recrutamento docente, definir uma política melhor de recrutamento docente de acordo com o perfil da Faculdade que queremos e do aluno que queremos formar. Essas três coisas não estão azeitadas dentro da Faculdade. (Depoimento da Professora C)

Em resumo, as discussões iniciais sobre a reforma curricular se dedicaram a discutir questões que orientariam o novo currículo, tais como a adoção de um modelo integrado; a redução da carga horária das disciplinas para a ampliação do internato de 18 para 24 meses e a inserção precoce nas UBS.<sup>64</sup> Tais pontos, no entanto, não se constituíram em objeto de consenso dentro do grupo e, tampouco, na instituição por envolverem outras questões tais como a definição da política de contratação docente, a missão da instituição e o perfil do médico a ser formado.

Ao final da apresentação das disciplinas do curso médico por seus coordenadores o grupo concluiu, então, que seria preciso definir a visão e a missão da FM/UFRJ para, assim, redigir as orientações do novo currículo. Dessa forma, as discussões se direcionaram para a construção do projeto político pedagógico do curso de medicina. As disputas na definição, tanto do papel social da FM/UFRJ quanto do perfil do egresso a ser formado definiram os rumos da reforma. Na próxima seção enfocaremos o processo de determinação das principais orientações do novo currículo e a proposta de desenho curricular delineada.

---

<sup>63</sup> Ensinada nas disciplinas de Propedêutica Clínica e Medicina Interna I

<sup>64</sup> Síntese da reunião de 09/06/2011.

### **3.2 O PROCESSO DE REFORMA CURRICULAR DO CURSO MÉDICO DA FM/UFRRJ: O DELINEAMENTO DAS DIRETRIZES DE FORMAÇÃO E DO DESENHO CURRICULAR**

Como apresentado na seção anterior, a partir dos questionamentos levantados nas reuniões, o PEM decidiu, então, que era necessário definir qual o papel social da FM/UFRRJ para, dessa forma, orientar a elaboração do currículo. A partir desta decisão, o grupo ocupou-se, a partir de agosto de 2011, do “estabelecimento das linhas mestras do Projeto Político Pedagógico (PPP)”<sup>65</sup>, definindo a visão, e a missão da FM/UFRRJ, o perfil do egresso e as competências esperadas do médico.

Definida pelo grupo a necessidade de construir o PPP do curso médico, as discussões do PEM se dedicaram a compreender em que consistia um PPP, a identificar quais os elementos que nele deveriam constar e a analisar projetos de outras escolas médicas, buscando estabelecer aproximações e distanciamentos entre elas e a FM/UFRRJ que pudessem contribuir para preparar uma sugestão a ser apresentada à comunidade. A intenção do grupo era promover um seminário, aberto a todo corpo social envolvido com a formação do médico, no qual a proposta do PPP seria submetida à discussão. Salientamos que, a opção por apresentar a proposta em seminário aberto à comunidade sinalizava para a necessidade de reconhecimento e legitimação dos ideais da reforma e do próprio PEM.

A partir da análise de outros projetos, o PEM discutia a importância de definir a missão da FM/UFRRJ estabelecendo suas “capacidades, carências e possibilidades”<sup>66</sup> e ressaltava, também, a relevância de considerar e valorizar a história da Faculdade em sua construção. Na sugestão do projeto a ser apresentado deveriam constar também as “competências do médico a ser formado e uma proposta de currículo para atingi-las”<sup>67</sup>. Ao salientar a importância de valorizar a história da instituição na elaboração da missão, os membros do PEM buscavam reafirmar o reconhecimento social da FM/UFRRJ como produtora de conhecimento e sua tradição na liderança dos debates em saúde, no âmbito das políticas públicas. Tal opção sinalizava a relutância em adotar o modelo de ensino, instituído pelas políticas de formação para a saúde, centrado na integralidade e no qual as atividades práticas fossem realizadas fora das unidades próprias e, especificamente, fora do HUCFF.

---

<sup>65</sup> Síntese da reunião de 09/06/2011.

<sup>66</sup> Síntese da reunião de 06/10/2011.

<sup>67</sup> Síntese da reunião de 13/10/2011.

No que se refere à metodologia empregada na redação do PPP, cabe destacar que, seguindo o caráter democrático e participativo adotado no processo da reforma curricular, a redação da visão, da missão e do perfil do egresso, constantes do projeto, foram construídas coletivamente durante as reuniões do PEM. A partir da orientação das DCNM cada um dos itens descritos acima foi apresentado em um telão e sua definição redigida a partir das sugestões dos presentes. A intenção do grupo era de apresentar a proposta de PPP, no chamado Seminário da Graduação, até o final de 2011.

A definição da missão e da visão da FM/UFRJ era destacada, para além da formação do médico, como uma forma de expressar para a sociedade os objetivos e a identidade da instituição. A partir da determinação das mesmas, no que se refere especificamente à formação do médico, o PEM pôde construir o que definia como “linha-mestra” para o curso. Nas discussões apontava-se a importância de destacar a especificidade da FM/UFRJ no tocante à produção do conhecimento, assinalando que na missão deveria constar a indissociabilidade entre o ensino e a pesquisa, além da extensão e da assistência. Destacamos que esse posicionamento buscava reafirmar a pesquisa como diferencial na formação do egresso da FM/UFRJ, evidenciando novamente, dentro do grupo, a defesa do modelo vigente centrado em doenças de menor incidência, tendo como principal cenário de prática o HUCFF.

Assim, para o PEM a definição da missão da FM/UFRJ permitiria estabelecer o perfil do médico a ser formado. Para a redação desses três itens foi utilizada a orientação preconizada pelas DCNM de uma formação generalista, ética, humanística, crítica e reflexiva. Dessa forma, o grupo definiu que, frente à heterogeneidade da instituição, o projeto pedagógico deveria estabelecer o que “consideramos prioritário, isto é, técnica + humanismo + ética”<sup>68</sup> e que o currículo deveria priorizar esses três aspectos em cada uma das disciplinas e não em áreas isoladas.

Embora a o texto referente à missão ressaltasse a marca da FM/UFRJ de formação de médicos voltados para o modelo biomédico, parte dos membros do PEM compreendia que o termo generalista, constante nas DCNM, se referia a não fragmentação do paciente em órgãos e sistemas, ou seja, ao cuidado integral do paciente, direcionando o modelo curricular a ser construído para a integração de conteúdos. Argumentava-se também que o modelo de formação deveria contemplar os problemas de saúde mais frequentes. Desse modo, definiu-se que cada disciplina deveria priorizar os problemas prevalentes e os conteúdos que o médico com uma formação geral deveria dominar.

---

<sup>68</sup>Síntese da reunião de 13/10/2011.

Apesar desse entendimento, foram pensadas duas propostas para serem apresentadas à comunidade, ambas visando à integração e com a duração do internato de 24 meses. A primeira, definida pelo grupo como “conservadora”<sup>69</sup>, sugeria pequenos ajustes na grade curricular, quanto à carga horária e à redução das redundâncias de conteúdo, prevendo algumas iniciativas de integração entre os ciclos básico e clínico, mantendo, contudo, a mesma distribuição das disciplinas do currículo antigo.

A segunda, considerada “avançada”<sup>70</sup> pelo PEM, previa a reestruturação do M1 e a antecipação do ensino da Semiologia, do quarto e quinto períodos para o segundo período, integrado aos conteúdos de Fisiologia e Anatomia, atualmente ensinados antes da Semiologia. Do terceiro ao oitavo períodos, o ensino das “clínicas” seria integrado aos conteúdos do “básico”, além daqueles da Patologia, Farmacologia e Radiologia.

Nesse segundo modelo, o currículo seria estruturado em Blocos Integrados<sup>71</sup>. O grupo definiu que, a partir do “diagnóstico de desintegração entre ciclos básico e clínico e entre as disciplinas de cada um destes ciclos, a necessidade da prática médica e contato com questões ‘da vida’ mais precocemente”<sup>72</sup> se constituíam em argumentos para levar o segundo modelo como a proposta do PEM à comunidade. Desse modo, o PEM, apesar das divergências internas, elegeu o modelo de blocos integrados como aquele a ser apresentado no seminário.

A proposta que previa o ensino em Blocos Integrados foi, então, apresentada no Seminário da Graduação, realizado no dia 10/12/2011, juntamente com a proposta de visão e missão da FM/UFRJ e o esboço das competências. Temia-se, inicialmente, que as discussões ficassem centradas na redistribuição da carga horária, e não nas competências gerais do egresso. O grupo elaborou, dessa forma, um roteiro a ser seguido pelos coordenadores dos grupos de discussão (todos integrantes do PEM) com a orientação de centrar as discussões na visão, na missão, nas competências, no desenho curricular e nos pilares da proposta:

- (a) capacitação técnica, ética e humanística;
- (b) inserção precoce na Rede Pública de Saúde;
- (c) atenção aos problemas prevalentes de saúde da população e;
- (d) integração básico-clínico, da clínica e do básico.

---

<sup>69</sup> Síntese da reunião de 02/11/2011.

<sup>70</sup> Síntese da reunião de 02/11/2011.

<sup>71</sup> Blocos: Cardio-Vascular, Saúde da Criança I, Saúde da Criança II, Tisiologia-Pneumologia, Digestório, Endocrino-Metabólico, Saúde da Mulher, Hematológico, Pele-tegumento, Oncológico, Saúde do Idoso, Infecções, Oftalmologia-Otorrinolaringologia, Músculo-Esquelético, Uro-Nefrológico, Neuro-Psiquiátrico.

<sup>72</sup> Síntese da reunião de 22/11/2011.

Após ampla discussão, a proposta foi reconhecida pelos presentes como o modelo que orientaria a reformulação do currículo. Cabe ressaltar, no entanto, que o número de participantes no seminário (85) era pequeno frente a toda a comunidade (docentes, técnicos e alunos), denotando o pouco envolvimento do corpo social da FM/UFRJ nas discussões sobre a reforma. Pudemos evidenciar esse fato também na forma como alguns docentes se referiam à reformulação curricular: ‘a reforma do PEM’, sinalizando que esta não era compreendida como uma questão relevante para toda a instituição. Ressaltamos que a baixa adesão dos docentes à reforma, sinalizava que os ideias da reforma não se coadunavam com as práticas vigentes e com os interesses da maioria dos professores.

Após a aceitação, a proposta ainda precisava ser reconhecida por todas as instâncias da FM/UFRJ. A visão e a missão (Anexo D) da FM/UFRJ só foram aprovadas em abril de 2012, depois de serem amplamente discutidas nos Departamentos. Mesmo assim, a receptividade da proposta no seminário foi avaliada pelo PEM de forma positiva por compreenderem se configurar, naquele momento, um ponto importante na “divulgação e legitimação do trabalho do PEM”<sup>73</sup>. A partir do resultado do seminário, o grupo passou a trabalhar na elaboração dos blocos buscando definir sua composição, o momento de inserção no currículo e seus coordenadores. Outro ponto a ser definido era a reorganização do internato para quatro semestres.

Inicialmente, optou-se por criar grupos de trabalho para a definição dos conteúdos, metodologias e organização dos blocos a serem coordenados por aqueles que participavam mais ativamente das reuniões do PEM, ressaltando-se, no entanto, a importância da presença dos professores titulares de cada área nas discussões dos diferentes grupos para garantir a legitimidade da reforma. Assim, o Coordenador do PEM enviou, por meio de correio eletrônico, convite aos professores para participarem da composição dos blocos referentes às suas áreas, incluindo na mensagem a proposta aprovada no seminário.

Destacava-se como prioridade, naquele momento, estruturar o novo M2, à semelhança do que havia sido feito com o M1, para dar prosseguimento ao processo de reforma. Para a definição do M2, foram realizadas reuniões específicas que tinham como objetivo elaborar um programa de ensino integrado para a Semiologia. Esse era um ponto crucial para a continuidade da reforma, considerando-se que o desenho curricular proposto exigia a construção do M2.

---

<sup>73</sup> Síntese da reunião de 15/12/2011.

Seria necessário para isso, conciliar, além da Semiologia, conteúdos de Anatomia, Fisiologia, Patologia, Microbiologia e Imunologia e Farmacologia em um único período de forma a negociar o que seria realmente essencial aos objetivos do M2. Esse ponto se constituía, porém, em uma questão de difícil consenso, por colocar em disputa os interesses diversos dos docentes daquelas áreas e configurava-se, desse modo, em um entrave à continuidade do processo de reforma.

Além das disputas entre os docentes das diferentes disciplinas pela definição dos conteúdos que deveriam ser priorizados, considerando-se o pouco tempo (um semestre letivo), os docentes do Departamento de Patologia não se mostravam favoráveis ao modelo proposto, alegando, entre outras razões, a desvalorização de sua disciplina e a perda da autonomia na elaboração dos programas no modelo integrado. Alegavam, ainda, não ser o segundo período o momento mais adequado para sua inserção no currículo, destacando o que denominavam de imaturidade dos alunos no M2 como um ponto desfavorável ao ensino de sua disciplina.

Assim, considerando-se as dificuldades na continuidade das discussões sobre o M2, o grupo decidiu adotar a estratégia de sugerir dois blocos para o segundo período e não um único bloco como previsto inicialmente. No primeiro bloco, a Semiologia, do quarto e quinto períodos, seria integrada aos conteúdos da Anatomia e à Fisiologia. No segundo, o ensino da Patologia seria integrado aos conteúdos da Microbiologia e Imunologia. Desse modo, a Patologia, mesmo discordando do modelo curricular, concordava em participar do novo M2, tentando, a partir de alguns temas comuns, integrar com a Microbiologia e Imunologia.

No que se referia aos blocos do M3 ao M8, nos quais também deveria participar, o Departamento de Patologia decidiu elaborar “uma proposta de acompanhamento desses blocos, preservando, contudo sua autonomia e independência”<sup>74</sup>. Evidenciamos que tal fato sinalizava para o enfraquecimento do modelo integrado, sugerindo a possibilidade da existência de disciplinas estanques e comprometendo a estrutura do novo currículo.

No momento da solicitação feita aos professores para comporem os grupos de trabalho para a elaboração dos blocos, em janeiro de 2012, o PEM decidiu que deveria ser estabelecido um prazo para a construção do programa dos mesmos, estimando para tal, inicialmente, um período de três meses. Apesar do constante acompanhamento junto aos grupos, ao final de oito meses, o balanço da evolução dos trabalhos dos blocos revelou dificuldades na organização da maioria e que poucos haviam evoluído no sentido de estabelecerem conteúdos, metodologias e objetivos. Alguns esbarravam em empasses como

---

<sup>74</sup> Síntese da reunião de 15/08/2012.

falta de comunicação entre as áreas, alegação de que a diminuição de conteúdos, principalmente do básico, afetaria a qualidade do curso oferecido, pouca adesão de professores de áreas específicas, a falta de definição do M2 e, até mesmo, discordâncias quanto à escolha do coordenador do bloco. Outros sequer haviam se reunido.

A desmobilização e o clima de desinteresse pela reforma preocupavam os integrantes do PEM por se constituírem em obstáculos ao desenvolvimento do processo. Buscavam-se, então, meios para resolver os impasses e o esvaziamento das discussões sobre a reforma que, segundo a visão do grupo, não se resumiam apenas à dificuldade de organização dos blocos, mas eram atribuídos, também, às crises enfrentadas pelo HUCFF e ao desinteresse e descompromisso com a reforma, além da oposição a qualquer processo de mudança das práticas institucionais. Ressaltamos que, embora poucos docentes se posicionassem abertamente contrários à reforma, a inércia na elaboração dos blocos integrados sinalizava para a resistência à definição do modelo integrado como aquele a ser adotado pela FM/UFRJ.

Destacamos alguns motivos para o esvaziamento do grupo relacionados à resistência dos docentes em modificar suas práticas no hospital ou na pesquisa básica realizada em doenças de alta complexidade no HUCFF. A adesão ao modelo preconizado pelas DCNM não se alinhava, desse modo, aos interesses dos docentes/pesquisadores. A Professora E destaca claramente esse ponto em sua fala, sinalizando o temor que a mudança se encaminhasse para o atendimento às exigências legais:

[...] Existe uma mobilização[...] de alguns, de um núcleo [PEM] que é cada vez menor, no sentido da mudança. E a mudança, eu tenho um pouco de medo que ela seja uma mudança muito mais operacional do que uma mudança que seja efetiva depois. [...] existe uma tendência muito grande a manter o currículo conteudista. [...] Eu digo que é uma mudança para se adequar à legislação, da maneira mais indolor possível! [pausa longa] Por que, o que você tem na elaboração [do currículo]? Você tem um núcleo [PEM], que já foi maior. [...] Porque a mudança não interessa ao *status quo*. A mudança, a mudança em si, já não interessa a ninguém. [...] Dentro dessa estrutura que tem tantos interesses. Interesses os mais diversos, que são ligados ao hospital, que são ligados à pesquisa básica que, por exemplo, é a pesquisa realizada na doença de alta complexidade no hospital.

Devido à estagnação da reforma, questionava-se, inclusive, a possibilidade de a FM/UFRJ “abraçar um currículo baseado em competências em diferentes contextos frente à

nossa história de ensino ‘hospitalocêntrico’”<sup>75</sup> Considerava-se, assim, imperioso conquistar a adesão do corpo discente ao processo de reforma e “legitimar a reforma com a presença de todos os atores importantes”.<sup>76</sup>

O grupo concluiu que os impasses na elaboração dos programas dos blocos se deviam ao fato das discussões estarem centradas em conteúdos o que levaria conseqüentemente à discussão do número de horas-aulas por área e, portanto, a disputas pela manutenção de espaço no currículo. Assim, definiu que era fundamental que os blocos tivessem um fio condutor comum, uma “linha-mestra”, que orientasse sua construção e que seu programa fosse desenvolvido a partir dessa orientação. Desse modo, iniciaram-se as discussões para a definição de competências gerais para o curso as quais norteariam os trabalhos dos blocos.

A “linha-mestra” que orientaria o currículo seria, então, representada por quatro eixos, a saber: (a) Clínico; (b) Ciências; (c) Ética e Humanidades e; (d) Compromisso e Responsabilidade Social. Para cada um desses eixos foram definidas, igualmente, competências gerais e específicas. Considerando a necessidade de concluir a reforma e a intenção de envolver o maior número de membros do corpo social da FM/UFRJ na redação das competências, o PEM sugeriu à Direção da FM/UFRJ que a proposta inicial, construída coletivamente nas reuniões, utilizando a mesma metodologia empregada na elaboração da visão e da missão, fosse submetida à consulta pública, por meio de plataforma eletrônica na qual o corpo social da Faculdade poderia fazer “acréscimos, sugestões e correções ao esboço”<sup>77</sup>.

Após a versão final, essas competências só foram aprovadas, após longas discussões nos Departamentos da FM/UFRJ, na sessão ordinária da Congregação, realizada em 04 de abril de 2013 (Anexo E). Foi solicitado, a partir daí, aos coordenadores das disciplinas e dos blocos integrados que redigissem seus programas dentro dos quatro eixos, adequando-os às competências gerais e específicas aprovadas.

Paralelamente à definição das competências da parte teórica dos blocos, a reforma exigia, ainda, a elaboração das competências de suas atividades práticas. A proposta do novo currículo previa a realização dessas atividades, no período da manhã, do M3 ao M8. Concretamente, essa modificação do turno da parte prática implicaria a ampliação de 25%

---

<sup>75</sup> Síntese da reunião de 06/10/2012.

<sup>76</sup> Síntese da reunião de 06/10/2012.

<sup>77</sup> Síntese da reunião de 13/10/2011

para 50% da carga horária, reduzindo, conseqüentemente, o tempo disponível para a parte teórica.

Ampliar a carga horária da parte prática, concentrando-a no turno da manhã, envolvia também a logística de alocar cem alunos por turma nos cenários de prática. Constatava-se, assim, não ser viável os mesmos abarcarem a totalidade dos alunos em um mesmo turno, considerando-se que as atividades ocorrem em enfermarias das unidades hospitalares. Havia, ainda, a necessidade de ampliar os cenários para a realização dessas atividades visando à inserção dos alunos na Atenção Primária e na Emergência, na Rede básica de Saúde. Para tal, foi criada uma comissão, composta por docentes da FM/UFRJ, para avaliar possíveis cenários de prática alternativos ao HUCFF e estabelecer o diálogo com os serviços de saúde. A indicação dos nomes para a composição da comissão só foi aprovada na sessão extraordinária da Congregação da FM/UFRJ, realizada em 05/01/2016.<sup>78</sup>

Observamos que a mudança na distribuição entre os turnos das partes prática e teórica das disciplinas sugeria uma grande modificação na dinâmica da instituição. Essa modificação era questionada, no entanto, por alguns docentes que desejavam a utilização das tardes também para as aulas práticas. Essa alteração representava um obstáculo à reforma, por interferir nos interesses profissionais dos docentes e em suas atividades fora da instituição.

[...] Aquele miolo, os blocos, com uma atividade estanque de manhã e outra à tarde, práticas de manhã, não sei como isso vai ser viável, porque alguns dos ambulatórios de excelência são pela manhã. E o ambulatório de excelência é o ambulatório da Joana e a Joana só pode naquele horário. [ênfase dada pela entrevistada] Como é que você faz isso? Porque a vida real é uma acomodação permanente de acordo com as suas necessidades. Quando você vê uma coisa muito estanque, não dá. É muito difícil você mexer com as pessoas. É muito difícil. (Depoimento da Professora E).

As pessoas se sentem ameaçadas, se você invadir o horário de clínica privada, de cirurgia. [...] Quando você muda e faz uma proposta, implica em mais trabalho, algumas pessoas se sentem ameaçadas com isso e sabotam – “Ah, isso já foi feito.” – “Não dá certo”. Na realidade ela está se sentindo ameaçada, no fundo. É um trabalho duro que o PEM vai ter. (Depoimento do Professor B).

---

<sup>78</sup> Portaria n° 108, de 06 de janeiro de 2016, publicada no BUFRJ n° 02 de 14 de janeiro de 2016.

Outro ponto a ser definido pelo PEM no novo currículo era a ordem dos blocos na grade curricular e a redistribuição da carga horária. Com a ampliação do internato de três para quatro semestres e a utilização de metade da carga horária nas atividades da parte prática, o tempo disponível para a parte teórica ficou reduzido. Os debates que se seguiram, prorrogando a indefinição na estruturação dos blocos integrados, também esbarravam nas disputas por espaço e localização na grade horária. Sobre esse ponto, a Professora C destaca os interesses profissionais relacionados à valorização da especialidade implícitos na defesa por espaço no currículo.

[...] É engraçado, o espaço na Graduação representa o poder da especialidade, está introyetado isso. Se eu tenho muita carga na Graduação eu tenho muita chance de recrutar gente para minha especialidade, para minha Pós-Graduação, essa é a lógica. Quando alguém defende mais espaço [na Graduação] está defendendo com essa lógica e não com a lógica de que o médico que queremos formar precisa desse conhecimento, não é assim. Então para mudarmos isso precisamos discutir muito mais os princípios do que a grade.

A maior parte das áreas que compunham os diferentes blocos integrados desejava entrar em períodos mais adiantados do curso médico, sob a alegação de que precisariam de um aluno com mais maturidade para o ensino de seus conteúdos. Afirmamos, no entanto, que a defesa pela entrada na grade em períodos mais avançados relacionava-se diretamente à possibilidade de influência sobre o interesse dos alunos em seguir uma determinada especialidade, sugerindo, inclusive, um aumento de prestígio na instituição. O professor D, em seu depoimento, aborda também essa questão:

[...] parece que cada um tem seu interesse voltado para o jogo do perde/ganha espaço de sua disciplina/especialidade. O que se pressente, para citar apenas um exemplo, é que um determinado grupo docente quer que sua disciplina seja mantida ou recolocada, quando possível, para um período mais avançado. Isso lhe confere mais prestígio profissional. Como se dar aulas para os alunos dos períodos iniciais não lhes conferisse o reconhecimento, ou o fascínio, ou o encanto a que acreditam ser merecedora sua disciplina/especialidade. (Depoimento do Professor D)

Quanto à reformulação do internato, a proposta sugeria alterações significativas na sua estrutura, como por exemplo, a reunificação dos internatos rotatórios de Obstetrícia e Ginecologia e a modificação do internato eletivo para duas etapas de 12 semanas. A proposta previa a expansão da duração de cada internato rotatório de oito para doze semanas, além da inclusão de uma nova área de treinamento obrigatória, a da Saúde Mental. Estava previsto, ainda, o treinamento em Saúde Coletiva e Urgência/Emergência integrado a cada uma das áreas do internato.

Os seis internatos rotatórios, cada um com duração de doze semanas, seriam desenvolvidos no M9, M10 e M11, nas seguintes áreas: (a) Clínica Médica; (b) Cirurgia; (c) Pediatria; (d) Ginecologia-Obstetrícia; (e) Medicina de Família e Comunidade; (f) Saúde Mental. No internato eletivo (M12), cada aluno escolheria duas áreas com doze semanas de treinamento cada. O treinamento em Urgência/Emergência se realizaria em um dos quatro semestres mediante plantões semanais de doze horas. No que se refere à realização dos internatos rotatórios, em cada semestre deveriam ser cursados conjuntamente dois rodízios em áreas afins pré-estabelecidas da seguinte forma: semestre 01: Clínica Médica/Cirurgia; semestre 02: Pediatria/Ginecologia-Obstetrícia; semestre 03: Medicina de Família e Comunidade/Saúde Mental.

A desmobilização dos docentes com a reforma era, contudo, evidente e questionava-se, inclusive, no PEM a “viabilidade da reforma e sua assim chamada radicalidade”<sup>79</sup>. Circulavam no grupo propostas alternativas ao modelo de Blocos Integrados, sugerindo, por exemplo, a implantação do novo M1, e a redução de carga horária de algumas disciplinas para a ampliação do internato sem promover, no entanto, alterações significativas do M2 ao M8. Com os impasses criados pelas inúmeras disputas na definição da organização da maioria dos blocos, o processo da reforma do curso médico já se estendia por dois anos, após a aprovação da proposta inicial no seminário em 2011, sem ter avançado na definição dos blocos.

Destacamos que, dos dezesseis blocos previstos, até setembro de 2014, apenas cinco haviam entregado suas ementas (Neuro-Psiquiátrico, Digestório, Infecções, Patologia e Saúde da Mulher)<sup>80</sup>. Com a inércia exercida pelos docentes e os inúmeros obstáculos ao desenvolvimento da proposta, o processo foi, então, atropelado pela publicação da Resolução CNE/CES nº 03, de 20 de junho de 2014 (novas DCNM), pelo MEC, obrigando a uma mudança nos rumos da reforma.

---

<sup>79</sup> Síntese da reunião de 27/08/2014.

<sup>80</sup> Síntese da reunião de 30/09/2014.

As novas Diretrizes determinavam a obrigatoriedade da implantação do internato em dois anos, diferente do disposto nas anteriores, na qual a duração do internato de dois anos se constituía apenas em uma indicação. Estipulavam, dessa forma, como prazo máximo para tal a data de 31 de dezembro de 2018.<sup>81</sup>

Assim sendo, as discussões se encaminharam para a elaboração de um currículo denominado de Compactado que adequaria o curso apenas às exigências das novas DCNM no que se referia à ampliação do internato. Nesse modelo, além da implantação do novo M1, as disciplinas ofertadas atualmente nos nove períodos anteriores ao internato passariam a ser oferecidas em oito períodos. Durante o nono, décimo, décimo primeiro e décimo segundo períodos se realizaria o treinamento prático (internato).

Salientamos que a medida, embora necessária frente às novas exigências, não contemplava sequer questões apresentadas na proposta denominada “conservadora”, sugerida no início dos trabalhos do PEM, considerando-se que previa somente a implantação do novo M1 e o aumento do internato de dezoito para vinte e quatro meses, não se debruçando sobre as demais questões, tais como a integração entre áreas, a inserção precoce na rede básica de saúde ou a sobreposição de conteúdos. A proposta se constituía, nesse sentido, somente em uma adequação à legislação.<sup>82</sup>

No que se refere ao M1, a proposta de inserção no currículo Compactado diferia também daquela pensada inicialmente para o modelo de blocos integrados. Na versão a ser implantada no modelo Compactado a previsão de inserção precoce dos alunos na Rede Pública de saúde não foi contemplada, sinalizando para uma justaposição dos conteúdos das disciplinas do atual M1 (Bioquímica, Biofísica, Anatomia e Histologia e Embriologia Básicas) nas disciplinas criadas no novo M1 (Moléculas da Vida e Bases Biológicas da Vida). A disciplina História da Medicina, de escolha condicionada no currículo vigente, foi transformada em disciplina obrigatória e passou a constar do elenco de disciplinas do novo M1).

O modelo proposto sugeria a compactação do M7, M8 e M9 em dois períodos a partir da redução da carga horária de algumas disciplinas, da antecipação delas na grade curricular e de alterações em seus pré-requisitos, partir de 2015-2. Não haveria, no entanto, modificações em suas ementas e, tampouco, na sequência e ementas das demais disciplinas. Algumas disciplinas teriam a redução de suas cargas horárias nesses períodos, compensadas com a ampliação das mesmas no internato, como a Medicina Interna, por exemplo.

---

<sup>81</sup> Redação dada pelo art. 24 da Resolução CNE/CES nº 03, de 20 de junho de 2014.

<sup>82</sup> Resolução CNE/CES nº 03, de 20 de junho de 2014.

Tornava-se imperiosa a compactação para a adequação às novas DCNM com a finalidade de que a turma de 2014 iniciasse, em 2018, o internato com duração de vinte e quatro meses. Previa-se que a mudança mais significativa seria implantada no modelo curricular em blocos que se pretendia retomar após a adequação às exigências legais das novas DCNM.

A proposta de condensar M7, M8 e M9 em dois períodos era, no entanto, “rechaçada pela maioria esmagadora dos estudantes.”<sup>83</sup>, Os alunos, especificamente aqueles que seriam afetados diretamente pela mudança, alegavam que a alteração acarretaria a sobrecarga de disciplinas em um mesmo período, considerando a densidade da grade curricular do curso médico. Como a antecipação de disciplinas previa a utilização dos raros turnos livres, as chamadas áreas verdes, de que dispunham, argumentavam que tal mudança prejudicaria seu aprendizado, além de sacrificar suas vidas pessoais.

Finalmente, faziam objeção à compactação por considerarem que a mudança para vinte e quatro meses era obrigatória apenas para os ingressantes a partir do segundo semestre de 2014, data da publicação das novas DCNM. Após as diversas reuniões realizadas pelo Coordenador do PEM e a Direção da FM/UFRJ com os estudantes, os impasses gerados pela resistência dos alunos adiaram o início da implantação do currículo Compactado para 2016-1.

Destacamos que, ao contrário dos alunos, os docentes não se mostraram desfavoráveis à nova proposta. Afirmamos que isso se devia às alterações pouco significativas na grade curricular e à compensação da redução da carga horária nas disciplinas obrigatórias com mais tempo no internato ampliado. O novo modelo não se confrontava, então, com os interesses da maioria dos docentes que se manifestava favorável à manutenção do modelo vigente. Tal afirmação pôde ser corroborada pela brevidade na elaboração e aprovação da proposta compactada em oposição ao extenso processo de discussão sobre o modelo integrado.

Assim, em síntese, considerando-se o longo percurso decorrido desde seu início, a reforma curricular foi atravessada por impasses na elaboração dos blocos que comporiam o modelo curricular definido (integrado) e pela desmobilização e inércia dos docentes. Aliado a esses fatores, a urgência de adequar o currículo às exigências das novas DCNM, especificamente no tocante à ampliação do internato, interrompeu as discussões sobre o currículo em Blocos Integrados e a FM/UFRJ passou a debater, a partir de outubro de 2014, o

---

<sup>83</sup> Síntese da reunião de 29/10/2014.

modelo de currículo Compactado, priorizando a definição de quais disciplinas teriam sua carga horária reduzida e quais seriam realocadas.

Desse modo, o processo de elaboração curricular do curso médico da FM/UFRJ no período de 2010 a 2014 foi marcado por inúmeros embates e discordâncias que refletiam não somente a disputa de poder pela definição dos conhecimentos a serem valorizados na formação do médico, como também pela determinação do papel social da FM/UFRJ, além de envolver a defesa dos docentes/médicos por seus interesses profissionais. Evidenciamos que as disputas nas discussões para a reformulação curricular foram travadas entre dois modelos distintos: o integrado e o biomédico.

O modelo integrado introduzia no currículo inovações que procuravam romper com a marca da FM/UFRJ de ensino organizado em disciplinas estanques no qual prevalece a técnica em detrimento de questões humanísticas e relacionais da prática médica. Além disso, buscava também introduzir modificações, no que se referia às atividades de ensino que ocorrem em laboratórios e no HUCFF e focalizam doenças de alta complexidade, inserindo precocemente os alunos na realidade das unidades básicas de saúde.

Tais inovações buscavam deslocar o modelo vigente centrado na fragmentação do conhecimento e na dicotomia entre básico e clínico, para um modelo que visasse à atenção integral dos pacientes. A adoção de tal modelo, no entanto, sugeria a mudança das práticas relacionadas ao contexto institucional, fortemente centradas na pesquisa e no ensino dividido em disciplinas e confrontava-se com a organização do curso médico e com os interesses profissionais dos docentes.

Na próxima seção passaremos, então, às nossas considerações finais sobre a trajetória da reforma curricular, defendendo que a desarmonia entre o modelo elaborado pelo PEM, em consonância com o preconizado pelas DCNM, e as práticas institucionais e interesses locais, possibilitaram a manutenção do modelo biomédico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossa pesquisa, procurando resgatar parte da trajetória do curso médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro, buscou, nos estudos de Ivor Goodson sobre a história dos currículos e das disciplinas, subsídios para compreender o percurso da reforma curricular entre os anos de 2010 e 2014, período no qual as discussões mais avançaram. Ao analisar a reformulação curricular, buscamos conduzir nossa investigação de forma a elucidar de que modo as orientações da Resolução CNE/CES nº 04, de 07 de novembro de 2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares para a formação de médicos, foram compreendidas pelo grupo responsável pela condução da reforma, o Programa de Educação Médica (PEM), e quais articulações estabelecidas no processo de reforma possibilitaram a elaboração da atual proposta curricular.

No percurso metodológico, nosso olhar para as fontes de análise permitiu entendê-las menos como um testemunho fiel da realidade e mais como uma construção social sujeita a disputas de poder e apagamentos decorrentes da conjuntura na qual foram produzidas. Nesse sentido, os relatos dos entrevistados se constituíram em valiosos testemunhos do processo, permitindo-nos identificar olhares diferentes ou mesmo opostos sobre determinado fato. Desse modo, ao confrontá-los com as fontes documentais e com nossa própria observação das discussões pudemos observar o processo de construção do currículo, ampliando as possibilidades de análise e identificando questões conflituosas em sua elaboração. Foi possível, então, compreender que a definição da proposta curricular foi permeada por interesses pessoais, pelas práticas pedagógicas, por aspectos inerentes ao contexto institucional e pela formulação das políticas de educação e saúde.

Procuramos compreender o objeto de estudo interpretando-o dentro do contexto e a partir do momento histórico em que ocorreu. Reconhecendo-nos parte do processo de reforma, confrontamo-nos com nossa própria subjetividade e buscamos, no ofício de pesquisador, compreender, de forma mais ampla possível, o objeto examinado. Deparamo-nos, assim, com os limites de nossa investigação ao buscar entender um processo ainda inacabado e, conseqüentemente dinâmico, do qual fazemos parte. Embora o processo não tenha chegado ao final, a análise da proposta apresentada e do percurso traçado pelo PEM nos permitiu, a partir do referencial escolhido, perceber as injunções que influenciaram os rumos da reforma no período analisado. Este exame foi realizado a partir de algumas questões por

nós levantadas ao longo da pesquisa as quais retomamos nesse momento com a finalidade de expormos os resultados da investigação.

Verificamos que a reformulação curricular foi impulsionada pela Resolução CNE/CES nº 04/2001, que instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina. Ainda que existissem na FM/UFRJ questionamentos quanto à qualidade da formação do egresso, somente a partir das DCNM as discussões sobre a reforma tiveram início. Percebemos também que no período analisado, as discussões para a reforma ganharam força e visibilidade dentro e fora da FM/UFRJ a partir da nomeação do Coordenador do PEM para o cargo de Diretor Adjunto de Graduação da FM/UFRJ.

Com relação aos sujeitos da reforma do curso médico da FM/UFRJ, pudemos constatar que, ainda que as reuniões do PEM fossem abertas a todos os envolvidos com a formação, as discussões sobre a mudança curricular estavam restritas aos participantes mais frequentes do PEM, designados pelos institutos do CCS e Departamentos da FM/UFRJ. Considerando-se o elevado número de docentes e técnicos envolvidos com a formação do médico, constatamos que as reuniões para a reforma, promovidas pelo PEM, não conseguiram mobilizar a comunidade de forma mais abrangente e aprofundada.

Pudemos verificar também que os limites de ingerência da FM/UFRJ sobre os docentes dos diversos institutos básicos do CCS, aos quais competia a organização didático-pedagógica das disciplinas sob sua responsabilidade, tornaram-se entraves ao processo de reforma, considerando que os múltiplos interesses da área básica, tais como contratação e alocação docente, conciliação das atividades em laboratórios, pesquisas e manutenção de carga horária, se contrapunham ao modelo preconizado pelas DCNM. Internamente, as discussões sobre a reforma, apesar de submetidas, pelo PEM, aos Departamentos da FM/UFRJ, também não contavam com a adesão expressiva de docentes ou técnicos.

Sobre o referencial escolhido, ainda que os estudos de Goodson não tenham se dedicado à análise das disciplinas ou currículos da Educação Superior, consideramos pertinente aplicar algumas de suas afirmações sobre currículo e disciplinas do ensino secundário britânico ao caso em análise. Afinal, de acordo com o próprio autor, seus estudos podem ajudar a elucidar questões referentes a processos históricos vivenciados por outros grupos profissionais. Goodson utilizou-os inclusive para analisar a história da Psiquiatria na França, no século XIX, buscando compreender de que forma o conhecimento psiquiátrico se consolidou nos currículos dos cursos de medicina.

Dessa forma, retomando as conclusões de Goodson apresentadas no primeiro capítulo e apoiados em sua primeira hipótese, concluímos que, assim como as comunidades disciplinares e os grupos profissionais, a comunidade envolvida com a formação do médico não se constitui em um grupo homogêneo no qual os membros compartilham interesses, valores e identidades. Assim, as controvérsias e os compromissos estabelecidos entre os diferentes subgrupos direcionam a mudança.

Observamos, então, que o processo de reforma do curso médico da FM/UFRJ vem se delineando em meio a disputas, no que se refere ao perfil do egresso, entre pesquisadores, tanto da área básica quanto da profissional, que defendem dois modelos de formação. O primeiro, manifestando-se em favor do modelo vigente, o modelo biomédico, voltado para a especialidade, para o ensino centrado em hospitais e laboratórios e o segundo, favorável a um modelo generalista, que integre as múltiplas dimensões do ser humano e no qual o profissional seja capacitado a atuar em todos os níveis de atenção.

Paralelamente, o diálogo com autores da educação médica nos possibilitou compreender, ainda, que tais disputas se originaram nos debates gerados pelas transformações mundiais ocorridas na área da saúde no que concerne ao entendimento do conceito de saúde e à ampliação do acesso e, conseqüentemente, à qualidade dos serviços prestados. O paradigma da formação de médicos, até então, se ancorava no modelo biomédico, no qual o conhecimento sobre o ser humano era fragmentado em órgãos e sistemas e o ensino centrado em disciplinas.

No contexto nacional, o movimento de repensar os cursos do ensino superior da área da saúde foi estimulado pelas conquistas sociais experimentadas pela sociedade após o período de redemocratização e pela ampliação da atenção primária e secundária à saúde nas últimas décadas, incentivando a formulação de políticas tanto de saúde quanto de educação. A partir do movimento de reorganização dos serviços de saúde, impulsionado no Brasil pela promulgação da Lei 8.080, de 19/09/1990, a chamada Lei do SUS, que o designou como o ordenador dos processos de formação de recursos humanos, e o crescimento da atenção primária e secundária à saúde, os processos de formação em saúde foram reorientados. O modelo de formação idealizado preconizava, assim, a integração de conhecimentos biológicos, sociais, culturais, psíquicos e ambientais a conhecimentos clínicos, visando à atenção integral à saúde.

Identificamos, nesse contexto, a participação expressiva da Associação Brasileira de Educação (ABEM) no processo de discussão sobre a educação médica no Brasil. Verificamos

que o grande prestígio social e político de seus fundadores, a maioria professores catedráticos da área clínica e de cadeiras básicas da UFMG, foi transferido para a instituição o que possibilitou sua aproximação com os órgãos governamentais. Pudemos perceber também que a ABEM atuou como mediadora entre as escolas médicas e tais órgãos, não só na elaboração como na implantação e consolidação das DCNM.

Verificamos, contudo que, as mudanças na área da saúde, iniciadas na década de 1970, iam de encontro aos interesses econômicos de grupos privados associados à prática médica tais como laboratórios, indústria farmacêutica e grandes grupos de saúde complementar que têm sido fortemente beneficiados pelas transformações e avanços científico-tecnológicos que marcaram as últimas décadas do século XX e as primeiras do século XXI. Pudemos inferir que o uso indiscriminado de procedimentos e recursos tecnológicos em oposição ao desenvolvimento do raciocínio clínico e à interação com o paciente produz reflexos, não somente na relação médico-paciente, mas, sobretudo, na busca desse profissional por áreas que ofereçam maior retorno financeiro. As disputas travadas em torno de tais questões impactam diretamente os processos de formação em saúde, promovendo a desvalorização do ensino prático e de aspectos da prática médica que se referem ao contexto social, psíquico e ambiental.

Constatamos, então, no curso de medicina da FM/UFRJ a marca da tradição curricular que prioriza a técnica em detrimento dos aspectos humanísticos e relacionais da prática médica, centrando o ensino em doenças de menor prevalência na população e gerando desvalorização e desinteresse por áreas e disciplinas que não possuam grande inserção na pesquisa, nas quais predomine atividade clínica ou, ainda por aquelas que não ofereçam compensação profissional ou financeira. Pudemos verificar que, apesar de se constituírem em fundamento para a prática médica, os conteúdos de Semiologia, ensinados nas disciplinas Propedêutica Clínica e Medicina Interna I, não despertam interesse dos docentes por não representarem uma área que confira *status*, reconhecimento social e, tampouco, retorno financeiro.

Retornando, então, aos estudos de Goodson, sua terceira hipótese nos permitiu aferir que, o processo de reforma do curso médico tem sido influenciado, entre outros, pela organização social da Medicina e pelos interesses profissionais dos docentes envolvidos com a formação. A busca por prerrogativas de carreira: recursos, condições de trabalho, valorização e prestígio na instituição e no mercado de trabalho se relacionam diretamente aos rumos do desenvolvimento curricular. Ministrar determinadas disciplinas do currículo

médico, por exemplo, confere maior *status* dentro e fora da instituição. Da mesma forma, garantir espaço no currículo, preferencialmente nos períodos mais avançados, significa maior possibilidade de cooptar alunos para seguirem determinada especialidade, reafirmando, assim, seu valor no mercado. No que se refere à segunda hipótese, a mesma não se aplica ao escopo de nossa investigação por não nos debruçarmos sobre uma disciplina específica do currículo do curso médico.

Em nossas análises sobre o processo de reforma curricular do curso de medicina da UFRJ, pudemos verificar que a compreensão do PEM sobre as orientações das DCNM se delinearam na proposição de um modelo de currículo que orientava para a integração de conhecimentos tanto entre as áreas básica e profissional quanto de uma mesma área. Tal proposta previa, ainda, a inserção de conhecimentos referentes a um eixo que abordasse a ética e as humanidades, inserindo questões que envolvessem a subjetividade e a autonomia dos pacientes, bem como a compreensão do contexto sociocultural e econômico no processo de adoecimento. O grupo compreendia que tais conhecimentos deveriam ser problematizados ao longo da formação e não de forma isolada como ocorre no currículo vigente. Salientamos que a proposição desse novo modelo curricular representava uma tentativa do PEM de superar o caráter tecnicista do currículo do curso médico da FM/UFRJ.

A elaboração da nova matriz curricular se consolidou, desse modo, a partir da constatação de que o ensino médico na instituição não possuía um objetivo comum no que se referia ao perfil do médico a ser formado e que a desintegração entre as diversas disciplinas era o maior problema do atual currículo e o grande desafio a ser enfrentado no processo de reforma curricular. O PEM fundamentava sua proposta na retórica de que o modelo proposto, a partir das orientações das DCNM, permitiria aos futuros médicos desenvolverem competências que os capacitariam a compreender o paciente, considerando todos os aspectos que interferem em seu adoecimento e não meramente como um ser biológico fragmentado em órgãos e sistemas, atuando em todos os níveis de atenção à saúde.

Para tanto, o PEM construiu sua proposta, visando à formação de médicos generalistas, a partir de um modelo curricular que integrasse disciplinas de ciclos diferentes e aquelas do mesmo ciclo. Constatamos, no entanto, que o modelo curricular proposto denominado pelo grupo de currículo em Blocos Integrados não se constituía em um consenso no PEM e, tampouco, na instituição. Fora dos limites do PEM, a reformulação não possuía grande aceitação e alguns Departamentos e Institutos, como o Departamento de Patologia, se

opunha abertamente à reformulação, utilizando como argumentação os riscos que a reforma representava para a reconhecida qualidade do curso médico.

Identificamos que as retóricas empregadas em defesa da manutenção do modelo biomédico se apoiavam na argumentação de que a medicina deve estar alicerçada, prioritariamente, na ciência biológica, considerando secundários na formação de médicos conhecimentos que envolvam aspectos subjetivos, sociais e ambientais do processo de adoecimento. Da mesma forma, era utilizada a retórica do prestígio e do reconhecimento social da FM/UFRJ como uma instituição de excelência no ensino, para justificar a resistência aos processos de mudança. Destacamos que tal argumentação era referendada pelos resultados obtidos pelo curso nas avaliações externas.

Retomando os conceitos de Goodson de forma organizacional e categoria institucional, pudemos verificar que a proposta curricular foi elaborada, pelo PEM, em conformidade com a orientação das DCNM, mas encontrava-se em desarmonia com a categoria institucional ‘ensino médico na Faculdade de Medicina da UFRJ’ e com as práticas tradicionalmente estabelecidas. A proposta, ao criar uma nova categoria institucional, o ‘currículo em blocos integrados’, confrontava-se com a forma organizacional de um ensino baseado em disciplinas estanques, hierarquizado, fragmentado em especialidades e fortemente calcado na pesquisa, fundamentalmente aquelas com foco nas doenças raras.

Assim, retornando às afirmações de Goodson, o novo desenho curricular proposto se confrontava também com os interesses de docentes e técnicos envolvidos com a formação do médico. Tal afirmação pôde ser evidenciada pela resistência na aceitação por parte dos docentes de realizar atividades práticas em Unidades Básicas de Saúde, fora das Unidades próprias da UFRJ, pela não adesão dos docentes responsáveis pela elaboração dos programas dos blocos integrados e pela desmobilização do próprio PEM.

Dessa forma, ainda que a proposta apresentada pelo grupo representasse um modelo curricular que promoveria mudanças no ensino em direção a um modelo integrado que considerasse as demandas do sistema de saúde vigente, pudemos verificar que a desarmonia entre aspectos internos, externos e de ordem institucional referentes à formação do médico da FM/UFRJ fez com que a mudança sugerida não produzisse alterações na estrutura curricular. Evidenciamos, então, no curso de medicina da FM/UFRJ, a manutenção do modelo biomédico de formação, com ênfase na especialidade e cujas atividades práticas estão centradas nos laboratórios e hospitais.

Tal observação pôde ser ainda percebida pela mudança de rumo no processo da reforma, a partir da publicação da Resolução CNE/CES nº 03, de 20 de junho de 2014, instituindo as novas DCNM. A obrigatoriedade de implantação do internato em dois anos, até 31/12/2018, conduziu o processo de reforma à elaboração de uma nova proposta, denominada currículo compactado, suspendendo as discussões do currículo em blocos integrados. O modelo compactado não promovia alterações dos cenários de treinamento ou no perfil do médico a ser formado e, tampouco, previa a integração entre as áreas e conhecimentos. Das inovações idealizadas para o currículo em blocos integrados, somente o novo M1 (primeiro período do curso médico) e o internato em quatro semestres seriam incorporados, gradualmente, ao currículo compactado. Salientamos, assim, que tal modelo curricular se constituiu em uma adequação às exigências legais, pois contemplava a determinação de ampliar a duração do internato de dezoito para vinte e quatro meses.

A partir dos estudos de Ferreira (2005) pudemos compreender, então, a importância de analisar as mudanças curriculares associando aspectos externos e internos às questões de ordem institucional. Desse modo, foi possível reinterpretar os processos educacionais e sócio-históricos referentes à formação do médico de uma forma mais ampla. A autora nos possibilitou também entender que os processos de estabilidade e mudança nos currículos não são excludentes, mas que, ao contrário, as mudanças provocadas pela incorporação de determinadas inovações colaboram, exatamente, para a estabilidade curricular.

Tal afirmação pôde ser verificada, no caso em questão, a partir da elaboração do novo M1, considerado pelo PEM um grande marco na construção do novo currículo. O novo M1 foi inicialmente idealizado para promover a integração entre disciplinas do ciclo básico, entre os ciclos básico e clínico e promover a inserção precoce dos alunos na rede pública de saúde. Evidenciamos, contudo, que a proposta final não promoveu alterações na estrutura ou na filosofia do curso, representando um rearranjo das disciplinas do primeiro período. O primeiro contato dos alunos com os pacientes seguiu sendo realizado no M3, na disciplina de Atenção Integral à Saúde.

A partir das leituras de Moreira (2008, 2013) fomos capazes de atentar para a importância, em nossas análises, da dimensão biográfica no percurso de reformulação. Observamos, assim, o protagonismo de atores da Faculdade de Medicina cuja participação na reforma influenciou os rumos da construção sócio-histórica do currículo de medicina. Nesse sentido, destacamos a liderança, a capacidade agregadora e a habilidade para mediar conflitos do Coordenador do PEM, Professor Sergio Zaidhaft, que possibilitaram a elaboração de uma

proposta curricular (currículo em blocos integrados) que introduzia inovações no ensino médico, promovendo maior integração de conhecimentos. Tais características foram ressaltadas não só pelos entrevistados, mas também observadas no decorrer de nossa participação nas reuniões.

Outro papel de relevo que nos foi possível apreender na análise do processo de reformulação foi o desempenhado pelo Diretor Antônio Ledo Alves da Cunha. Sua participação nos debates promovidos pela ABEM, aliada a sua percepção sobre a importância de a FM/UFRJ se inserir no debate sobre as transformações na formação em saúde possibilitaram o início do movimento de discussão sobre educação médica em uma instituição tradicional, reconhecida socialmente por seu ensino de excelência, pelo desenvolvimento da pesquisa e assistência, mas que não tem como prática institucional a reflexão sobre os processos de formação em saúde.

Como ressaltamos ao longo da pesquisa, os processos vivenciados em uma instituição específica nos possibilitaram um olhar mais ampliado sobre os processos educacionais e a construção curricular. Nesse sentido, ressaltamos que as reflexões apresentadas neste estudo, ainda que se debrucem sobre a construção sócio-histórica do currículo do curso de medicina da Faculdade de Medicina da UFRJ, nos instigaram a pensar também a formação de recursos humanos em saúde, especificamente de médicos, no que diz respeito à inter-relação entre a formulação de políticas de saúde e educação.

Por fim, considerando o processo ainda inacabado de reforma do currículo médico da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro e a publicação das novas DCNM (2014), sabemos que a complexidade das políticas de formação em saúde nos permite buscar compreendê-las sob outras perspectivas. Assim, entendendo não ser este o escopo de nossa pesquisa, deixamos como sugestão novas investigações sobre as políticas de formação de médicos que busquem analisar a junção de influências que as atravessam desde sua elaboração até sua implantação.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. J. de. **Educação médica e saúde: possibilidades de mudança**. Londrina: Ed. UEL, 1999.

ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O Método nas Ciências Naturais e Sociais**. São Paulo: Ed. Pioneira, 1998.

BITTENCOURT, C. M. F. As Humanidades no ensino. Apresentação. **Educação e Pesquisa**, n. 25(2), p. 147-148, 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Resolução CNE/CES 4/2001**. Brasília: Ministério da Educação, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Instrumento de avaliação do curso de Medicina**. Brasília: Ministério da Educação, 2010. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/superior-condicoesdeensino-manuais>>. Acesso em 11. jun. 2015.

BRASIL. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Faculdade de Medicina da UFRJ. **Catálogo do curso médico**. Rio de Janeiro: Divisão Gráfica/SG6/UFRJ, 1997.

BRASIL. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Conselho Universitário. **Resolução CONSUNI nº15/2008**. Rio de Janeiro: CONSUNI/UFRJ, 1997.

CHERVEL, A. História das disciplinas escolares: Reflexões sobre um campo de pesquisa. **Teoria & Educação**, 2, p. 177-229, 1990.

\_\_\_\_\_ As humanidades no ensino. **Educação e Pesquisa**, 25, 2, jul./dez., 1999, p. 149-170.

DA ROS, M.A. A ideologia nos cursos de medicina In: MARINS, João José; REGO Sergio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de. (Org.). **Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucited, 2004.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research**. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2011.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

FERREIRA, M. S. A História da Disciplina Escolar Ciências no Colégio Pedro II (1960-1980). **Tese de Doutorado**. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2005.

FONSECA, M. V. R; XAVIER, M. T; VILELA, C. L; FERREIRA, M. S. Panorama da produção brasileira em história do currículo e das disciplinas acadêmicas e escolares (2000-2010): entre a História da Educação e a Sociologia do Currículo. **Revista brasileira história da educação**, v. 13, n. 1 (31), p. 193-225, jan/abr, Campinas-SP, 2013.

FEUERWERKER, L. C. Gestão dos processos de mudança na Graduação em Medicina. In: MARINS, João José; REGO Sergio; LAMPERT, Jadete Barbosa; ARAÚJO, José Guido Corrêa de. (Org.). **Educação Médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades**. São Paulo: Hucited, 2004.

FORQUIN, J. Saberes escolares, imperativos didáticos e dinâmicas sociais. **Teoria & Educação**, Porto Alegre, n. 5, p. 28-49, 1992.

GIROUX, H. A. Formação do professor como uma contra esfera pública: A pedagogia radical como uma forma de política cultural. **Currículo, Cultura e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2005.

GOODSON, I. F. **A construção social do currículo**. Lisboa: Educa.1997

\_\_\_\_\_. Da história das disciplinas ao mundo do ensino: entrevista com Ivor Goodson. Realizada durante 29ª Reunião Anual da ANPED. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 45. p. 121-126. Jun, 2006.

\_\_\_\_\_, I. F. **O Currículo em Mudança**. Porto: Porto Editora, 1997a.

\_\_\_\_\_, I. F. **Políticas de Currículo e de Escolarização: abordagens históricas**. Petrópolis: Vozes, 2008.

\_\_\_\_\_. I. F. **Currículo: Teoria e História**. Petrópolis: Vozes, 2011.

HALL, S. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2000.

HARGREAVES, A. Critical Introduction. In: GOODSON, I. **Studying Curriculum**. Buckingham, England: University Press, 1994.

JAEHN, L; FERREIRA, M.S. Perspectivas para uma História do Currículo: as contribuições de Ivor Goodson e Thomas Popkewitz. **Currículo sem Fronteiras**. v. 12, n. 3, p. 256-272, Set./Dez. 2012.

KINCHELOE, J. Apresentação. In: GOODSON, I. F. **O Currículo em Mudança**. Porto: Porto Editora, 2001.

KHUN. T. **A estrutura das revoluções científicas**. 7.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Perspectiva, 2003.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec, 2009.

LOPES, A. C.; MACEDO, E. O pensamento curricular no Brasil. In: LOPES, A. C. (Org.) e MACEDO, E. (Org.) **Currículo: debates contemporâneos**. São Paulo: Cortez, p. 13-54, 2002.

MARANHÃO. E. A.; GOMES. A.P.; BATISTA. R S. O que mudou na Educação Médica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais: sob os olhares do Jano de duas faces. In: **Educação Médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

MARTINS. M. A. Novas Tendências do Ensino Médico. **Gazeta Médica da Bahia**, n.78 (Suplemento 1), p. 22-24, 2008.

MATTA, G. C. A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho Educação e Saúde**, 3(2) p. 371-396, 2005.

MATTOS, R. A. Desenvolvendo e oferecendo ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial. **Tese de Doutorado**. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da UERJ. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2000.

MOREIRA, A. F. B. A importância do conhecimento no currículo e os pontos de vista de Michael Young. In: FAVACHO, A. M. P.; PACHECO, J. A.; SALES, S. R. (orgs.) **Currículo, conhecimento e avaliação: divergências e tensões**. Curitiba: CRV, p. 33-47, 2013.

\_\_\_\_\_. A crise da teoria curricular crítica. In: COSTA, M. V. (org.) **O Currículo nos limiares do contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A, p. 11-36, 1998.

\_\_\_\_\_. Introdução. In: GOODSON, I. F. **Políticas de Currículo e de Escolarização: abordagens históricas**. Petrópolis: Vozes, 2008.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, 21(1), p. 15-35, 2014.

RAMOS. M. N. 2001. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?** São Paulo: Cortez, 2001.

ROCHA, V.; SCHALL, V. T.; LEMOS, E. S. A contribuição de um museu de ciências na formação de concepções sobre saúde de jovens visitantes. **Interface - Comunicação, Saúde**,

**Educação**, v.14, n.32, p.183-96, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/15.pdf>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

SANTOS, B. S. Porque é tão difícil construir uma teoria crítica? **Revista Crítica de Ciências Sociais**. n. 54, 1999.

\_\_\_\_\_. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SANTOS, J de O. Filosofia da educação médica: interpretação da práxis. **Revista brasileira de educação médica** 10(2):82-6, maio-ago. 1986.

STELLA, R. C. R; ROSSETTO, M. B. N. D. O papel da Associação Brasileira de Educação Médica – ABEM, no processo de construção das Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Medicina. In: **Educação Médica: 10 anos de Diretrizes Curriculares Nacionais**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2012.

SCHWELLER, M. D. O ensino de empatia no curso de graduação em medicina. **Tese de Doutorado**. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp. 2014.

SILVA, T. T. **Documentos de Identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

\_\_\_\_\_. Apresentação. In: GOODSON, I. **Currículo: Teoria e História**. Petrópolis: Vozes, 2011a.

SILVEIRA, R. M. H. A entrevista na pesquisa em educação: uma arena de significados. In: Costa M.C.V. (Org.). **Caminhos Investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A; 2002.

SPINK, M. J. & MENEGAN, V. M. A pesquisa com prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.). **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 2000.

STRAUSS, F. Entre o Ensino e a Assistência: os dilemas das disciplinas de Propedêutica Clínica e de Medicina Interna I da Faculdade de Medicina da UFRJ. **Dissertação de Mestrado**. Rio de Janeiro: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2002.

\_\_\_\_\_. Entre o Ensino, a Pesquisa e a Assistência: os dilemas da tríplice missão universitária no Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina da UFRJ. **Tese de Doutorado**. Rio de Janeiro: Instituto de Bioquímica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007.

TAVANO P. T.; Onde a morte se compraz em auxiliar a vida: a trajetória da disciplina anatomia a humana no currículo médico da primeira faculdade oficial de medicina de São Paulo – o período de Renato Locchi (1937-1955), **Dissertação de Mestrado**. São Paulo: Faculdade de Educação da Universidade de São Paulo, 2011.

TORRES, C. H. D. A. Ensino de Epidemiologia na escola médica. A institucionalização da Epidemiologia como disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Dissertação de Mestrado**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, 2002.

THOMPSON, P. **A Voz do Passado: História Oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

VEIGA-NETO, A. É preciso ir aos porões. **Revista Brasileira de Educação**, v. 17, n. 50, maio/ago, 2012.

WICKBOLD. C. C. Políticas de cotas e currículo: construções identitárias de estudantes de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro. **Dissertação de Mestrado**. Rio de Janeiro: NUTES/UFRJ, 2013.

**ANEXO A - CARTA DE CIÊNCIA E ANUÊNCIA DA DIREÇÃO ADJUNTA DE  
GRADUAÇÃO E DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA  
DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE  
JANEIRO PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
Caixa Postal 68004 - CEP21944-970  
Rio de Janeiro - RJ  
E-mail: [medicina@acd.ufrj.br](mailto:medicina@acd.ufrj.br)  
[gabinete@medicina.ufrj.br](mailto:gabinete@medicina.ufrj.br)  
Tel: 3938-6708 / 3938-6718 e Tel/Fax 2280-7793

**CARTA DE ANUÊNCIA**

A Direção Adjunta de Graduação da Faculdade de Medicina e a Coordenação do Programa de Educação Médica da Faculdade de Medicina/UFRJ – PEM/FM/UFRJ estão cientes e de acordo com a realização das atividades de pesquisa do projeto “Trajetória da Reforma Curricular do curso de Medicina”, desenvolvido por Rosangela Paravato Maiolino, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro – PPGE/UFRJ.

Rio de Janeiro, 24 de fevereiro de 2015.



Prof. Sergio Zaidhaft  
Diretor Adjunto de Graduação  
Coordenador do Programa de Educação Médica  
Faculdade de Medicina/UFRJ

Prof. Sergio Zaidhaft  
SIAPE 0374632  
Coordenador de Graduação  
FM / UFRJ

**ANEXO B - CARTA DE CIÊNCIA E ANUÊNCIA DA DIREÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO E DA COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO PARA UTILIZAÇÃO DOS DOCUMENTOS DA REFORMA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE MEDICINA  
Caixa Postal 68004 - CEP21944-970  
Rio de Janeiro - RJ  
E-mail: [medicina@acd.ufrj.br](mailto:medicina@acd.ufrj.br)  
[gabinete@medicina.ufrj.br](mailto:gabinete@medicina.ufrj.br)  
Tel: 3938-6708 / 3938-6718 e Tel/Fax 2280-7793

**CARTA DE ANUÊNCIA**

A Direção Adjunta de Graduação e a Coordenação do Programa de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro/PEM/FM/UFRJ estão cientes e autorizam a consulta e utilização de todos os documentos pertinentes à reforma curricular do curso de medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro para a realização de pesquisa do Projeto “Trajetória da Reforma Curricular do curso de medicina”, desenvolvido por Rosângela Paravato Maiolino, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 24 de fevereiro de 2015.

Prof. Sergio Zaidhaft

Diretor Adjunto de Graduação  
Coordenador do Programa de Educação Médica  
Faculdade de Medicina/UFRJ

Prof. Sergio Zaidhaft  
SIAPE 0374632  
Coordenador de Graduação  
FM / UFRJ



**ANEXO C – ROTEIRO DE QUESTÕES PARA ORIENTAÇÃO DAS ENTREVISTAS  
DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO SOBRE A REFORMA DO CURRÍCULO DE  
MEDICINA COORDENADA PELO PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MÉDICA DA  
FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Orientador: Antônio Flavio Barbosa Moreira  
Mestranda: Rosangela Paravato Maiolino

- 1) Quais as condições que originaram a reforma curricular da Faculdade de Medicina da UFRJ que criou o currículo atualmente vigente?\*
- 2) Como vê a atual proposta curricular do curso de Medicina da UFRJ?\*
- 3) Qual o contexto da proposta de reforma curricular da Faculdade de Medicina?
- 4) Que razões têm surgido para mudar o currículo atual?
- 5) Como vêm caminhando os trabalhos de reforma curricular desenvolvidos pelo Programa de Educação Médica?
- 6) Pode-se falar em consenso e/ou conflito entre as idéias dos membros do PEM? Como analisa esta questão?
- 7) Em torno de que eixos se situam os principais debates?
- 8) Para concluir, o que pensa a respeito do perfil do aluno egresso?

\* Estas duas perguntas somente deverão ser feitas àqueles que participaram da reforma curricular anterior.

## **ANEXO D - VISÃO E MISSÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

### **VISÃO**

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro contribui para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e igualitária mediante a construção de conhecimentos e a formação, de caráter interdisciplinar, de médicos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais comprometidos com a saúde da população brasileira em um sistema universal, integral e equânime.

### **MISSÃO**

Formar profissionais com conhecimentos técnico-científicos sólidos e atualizados, atitude ética e humanística e concepção abrangente dos determinantes e condicionantes de saúde na sociedade, comprometidos com a saúde dos indivíduos, das famílias e da coletividade, em todos os níveis de atenção, para atuar no cuidado, na pesquisa e na administração em saúde em prol da qualidade de vida.

Realizar atividades de pesquisa e de extensão que contribuam para o avanço do conhecimento e que respondam às demandas do indivíduo, da sociedade e do Sistema Único de Saúde, provendo evidências ao processo de tomada de decisão no âmbito das políticas públicas.

## **ANEXO E - COMPETÊNCIAS DOS EGRESSOS DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**

### Eixo “CLÍNICO”

#### COMPETÊNCIAS GERAIS

Realizar exame clínico, planos diagnóstico e terapêutico para o cuidado integral ao paciente em todos os níveis de atenção, reconhecendo os limites de sua atuação profissional.

#### COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Colher história e realizar exame físico de pacientes de todas as faixas etárias e em diferentes cenários de prática.

Registrar de forma concisa, precisa e organizada as informações clínicas do paciente.

Identificar e priorizar os problemas do paciente, atuando na perspectiva da integralidade da assistência.

Elaborar e executar planos diagnóstico e terapêutico, com ênfase nos eventos mais prevalentes.

Promover ações educativas que fomentem a autonomia do cuidado para os pacientes.

Fomentar e executar ações de promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

Trabalhar em equipe multiprofissional e interdisciplinar para o atendimento integral à saúde individual e coletiva.

### Eixo “CIÊNCIAS”

#### COMPETÊNCIAS GERAIS

Buscar e aplicar criticamente o conhecimento científico relacionado à prática médica.

## COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Avaliar crítica e permanentemente a literatura relacionada ao avanço do conhecimento científico.

Adquirir e aplicar conhecimentos científicos para a tomada de decisões na atenção à saúde e avaliar seu impacto no indivíduo e na coletividade.

Adquirir iniciativa e disciplina para aprendizagem ativa mediante fontes diversas.

Buscar oportunidades de aperfeiçoamento.

Eixo “ÉTICA/HUMANIDADES”

## COMPETÊNCIAS GERAIS

Reconhecer e respeitar o direito, a subjetividade e a autonomia de todos os envolvidos nas relações com paciente, família, comunidade e equipe profissional no seu contexto sociocultural e econômico.

## COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Conhecer e aplicar os preceitos legais e éticos vigentes que regulam o exercício profissional.

Comprometer-se com pacientes, profissionais de saúde e sociedade por meio de atitude íntegra, empática e respeitosa.

Construir vínculos de confiança, respeitando direitos, opiniões, valores e diversidade dos pacientes, visando à tomada de decisão compartilhada.

Estabelecer comunicação empática, eficiente e ética com pacientes, famílias e equipe profissional.

Comunicar-se adequadamente com pacientes e familiares sobre as implicações do diagnóstico e da intervenção proposta em situações extremas: doenças graves, condutas de risco, erro e morte.

Identificar e ponderar os dilemas bioéticos com a equipe de saúde para a tomada de decisões.

Respeitar o direito à confidencialidade e à privacidade dos pacientes.

Eixo “COMPROMISSO/RESPONSABILIDADE SOCIAL”

#### COMPETÊNCIAS GERAIS

Conhecer o sistema de saúde brasileiro, suas bases legais e princípios organizativos.

Reconhecer o impacto dos determinantes de saúde nas populações, disponibilizando-se a atuar de modo integrado com outros setores da sociedade.

#### COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

Conhecer o perfil epidemiológico da população e seus determinantes sociais, reconhecendo sua responsabilidade e suas possibilidades de intervenção.

Identificar riscos e necessidades de indivíduos e grupos populacionais com base na compreensão dos determinantes do processo saúde-doença, tomando as devidas providências e possibilitando ações oportunas de prevenção e controle.

Reconhecer o conhecimento médico e a função social da Medicina como resultante de um processo histórico.