



## Os limites curriculares e suas implicações no Curso Experimental de Medicina da USP (1968-1974)

The curricular limits and their implications in the Experimental Medicine Course at USP (1968-1974)

Los límites curriculares y sus implicaciones en el Curso Experimental de Medicina de la USP (1968-1974)

Lys Angélica Lamera Vane  
Organização Educacional Nippaku (Brasil)  
<https://orcid.org/0000-0001-8585-5806>  
<http://lattes.cnpq.br/1125896072941410>  
[lys@oen.com.br](mailto:lys@oen.com.br)

Matheus Fachini Vane  
Universidade de São Paulo (Brasil)  
Faculdade de Ciências Médicas de São José dos Campos (Brasil)  
<https://orcid.org/0000-0003-3062-1484>  
<http://lattes.cnpq.br/3578265233140658>  
[matheus.vane@hc.fm.usp.br](mailto:matheus.vane@hc.fm.usp.br)

Joaquim Edson Vieira  
Universidade de São Paulo (Brasil)  
<https://orcid.org/0000-0002-6225-8985>  
<http://lattes.cnpq.br/4361277676832631>  
[joaquimev@usp.br](mailto:joaquimev@usp.br)

### Resumo

O “Curso Experimental de Medicina” da USP originado na década de 1960 propôs a integralidade “bio-psico-social” da saúde e da doença em seu currículo. Seu método de ensino, inspirado em estratégia “Aprendizado Baseado em Problemas”, mostrava situações de saúde reais como racional para objetivos da aprendizagem centrada no estudante para a solução desses problemas. Os dois cursos de medicina na USP de São Paulo – o vigente, denominado tradicional e o novo, experimental, não tiveram coexistência administrativa harmoniosa. Em 1974 passam pela sua “fusão curricular”. Este texto relata entrevistas semiestruturadas realizadas entre 2014 e 2016. As reflexões dos seus então professores e estudantes referendam essas análises. Sugerem a formação de um grupo idealista com forte identificação com o curso. As entrevistas indicam que seus fundamentos foram constituídos em voluntariosa formação pedagógica dos docentes que impuseram limites ao novo currículo.

**Palavras-chave:** Educação Médica. Educação de Graduação em Medicina. Universidades. História da Medicina. História.

## Abstract

The 'Experimental Medicine Course' at USP, which originated in the 1960s, proposed the 'bio-psycho-social' integrality of health and illness in its curriculum. Its teaching method, inspired by the 'Problem-Based Learning' strategy, presented real health situations as a rationale for student-centered learning objectives to solve these problems. The two medical courses at USP in São Paulo—the current one, called traditional, and the new one, experimental—did not have harmonious administrative coexistence. In 1974, they underwent their 'curricular merger.' This text reports semi-structured interviews conducted between 2014 and 2016. The reflections of its then teachers and students support these analyses. They suggest the formation of an idealistic group with a strong identification with the course. The interviews indicate that its foundations were constituted by the voluntary pedagogical training of teachers who imposed limits on the new curriculum.

**Keywords:** Medical Education. Medical Undergraduate. Universities. History of Medicine. History.

## Resumen

El 'Curso de Medicina Experimental' de la USP, surgido en la década de 1960, propuso en su currículo la integralidad 'biopsicosocial' de la salud y la enfermedad. Su método de enseñanza, inspirado en la estrategia del 'Aprendizaje Basado en Problemas', presentó situaciones reales de salud como fundamento de objetivos de aprendizaje centrados en el estudiante para resolver estos problemas. Las dos carreras de medicina de la USP en São Paulo, la actual, llamada tradicional, y la nueva, experimental, no tuvieron una convivencia administrativa armoniosa. En 1974, experimentaron su 'fusión curricular'. Este texto relata entrevistas semiestructuradas realizadas entre 2014 y 2016. Las reflexiones de sus entonces docentes y estudiantes respaldan estos análisis. Sugieren la formación de un grupo idealista con una fuerte identificación con el curso. Las entrevistas indican que sus fundamentos estuvieron constituidos por la formación pedagógica voluntaria de docentes que impusieron límites al nuevo currículo.

**Palabras clave:** Educación Médica. Educación de Pregrado em Medicina. Universidades. Historia de la Medicina. Historia.

Recebido: 29/08/2023

Aprovado: 18/12/2023

## Introdução

Na década de 1960, nove professores da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) assinaram solicitação para criar o “Curso Experimental de Medicina” (CEM) (Tavano, 2017). A data, 17 de outubro de 1966. Esse novo modelo foi o resultado de uma competente leitura afinada com seu tempo, ao longo dos anos 1950 e 1970, onde emergiram novas e estratégicas demandas sociais para a medicina. O padrão de adoecimento populacional se alterava com o surgimento de doenças crônicas e degenerativas. A ênfase pela prevenção ganhava destaque. Nesse quadro, a Organização Panamericana de Saúde adiantava-se por propostas curriculares de cursos médicos que adotassem uma formação em ações preventivas. A Saúde Coletiva despontava, coincidente e provavelmente, com os anos do desenvolvimentismo paulista na perspectiva de estimular seu interior (Mota, 2017). O CEM se alinhou com esse direcionamento. O currículo proposto inova, na época, ao propor a integralidade “bio-psico-social”, ou ainda o “todo psicossomático” da saúde e da doença.

Os anos 1960 foram sedutores para a modernização e a incorporação da reforma universitária foi, talvez, seu mais evidente resultado na área acadêmica. Proporcionou alto índice de investimento científico e tecnológico, com crescimento de instituições de ensino superior públicas, bem como de novas instituições privadas, com expansão de cursos e de vagas na graduação e pós-graduação. Há que se notar, no entanto, a maneira “precária” de processar essas ações, desde a qualidade da infraestrutura até os reflexos no limitado preparo do corpo docente (Motta, 2014).

Nesse quadro, o novo curso experimental de medicina da USP atendia às demandas: governamental por novas vagas; docente pela modernização do ensino; institucional da Universidade por expectativas de recursos e ainda pela “ocupação” do campus Butantã (cidade universitária) pela FMUSP junto ao Hospital Universitário. O CEM despontava como inovação (Sobral, 2014). E afinado com seu tempo na inovação e renovação no ensino superior em medicina. O programa de ensino do Curso Experimental se adaptou à reforma da Universidade do São Paulo mais facilmente do que o programa corrente, ou “tradicional”, do curso médico e abriu 75 novas vagas (Marcondes, 1975).

Enquanto o modelo curricular “tradicional” fragmentava disciplinas e conteúdos e adotava como principal cenário o hospital-escola, o CEM propunha um modelo integrado de ensino. Disciplinas foram reunidas em “blocos” de sistemas orgânicos – considerado como um método mais próximo da realidade (“o médico pensa de modo integrado ao lidar com o paciente”) (Marcondes, 1998). O conhecimento em construção por parte dos estudantes recaía, dessa forma, sobre a fisiologia (normal) e a fisiopatologia (alterações). Esta disposição exigia dos docentes o envolvimento e construção de atividades para além de aulas expositivas ou seminários, exigia um ensino interdisciplinar. E entre os estudantes, exigia estudo e raciocínio em grupo, um enfoque psicossomático e maior prática profissional tutorada em dois anos de internato – estes dois anos, uma importante inovação na época (Sobral, 2014). No CEM esse processo se fundamenta pela ação também integrada entre duas unidades distintas da USP: a Faculdade de Medicina e o Instituto de Ciências Biomédicas (ICB). O sucesso do programa ancorou-se no nível técnico-científico, capacidade didática e *entusiasmo dos docentes*. No entanto, há que se notar distanciamento do método pedagógico proposto (objetivos educacionais, técnicas de ensino, critérios de avaliação) relatados em avaliações curriculares recorrentes e, importante frisar, regulares. O “agregado de disciplinas afins” permeou um “agregado de docentes”. Os anos finais do CEM pouco se distinguem do currículo “tradicional”. Ambos têm como cenário de prática supervisionada o Hospital das Clínicas de São Paulo, centrado na medicina curativa e organicista. Há uma clara interrupção do modelo centrado no todo psicossomático para adequação à medicina curativa, organicista e individual, presente no currículo tradicional (Marcondes, 1975).

O método de ensino do CEM, descrito como “Aprendizado Baseado em Problemas”, ou PBL (do Inglês: *Problem-Based Learning*), pode ser definido como uma abordagem que usa casos e problemas (de saúde) como ponto de partida para alcançar objetivos de aprendizagem, centrando essa aprendizagem no estudante pelo esforço na solução de problemas. Solução que passa pela investigação científica do “problema como problema” que se origina e tem seus significados e regulações nas situações práticas do cotidiano (Teixeira, 1955; Cunha, 2001). Essa disposição didática fundamenta o modelo descrito centrado no indivíduo, em sua complexidade, seu todo psicossomático.

De fato, tal estratégia fora primeiro descrita como método de ensino por John Dewey na década de 1930. Em 1969, o PBL foi introduzido na McMaster University Medical School, Canadá, onde incorporava inovações iniciadas nos anos de 1950 na Case Western Reserve University Medical School, Estados Unidos. Importante citar, a Case Western empregava um currículo híbrido, combinando PBL com métodos de ensino tradicionais – ainda presente em escolas médicas (Baker, 2000). Esse quadro fica melhor descrito por uma linha histórica. Em 1910 aponta-se a necessidade do ensino médico com um currículo baseado no método científico (e no hospital – melhor ambiente médico no período) – é o principal conteúdo do relatório Flexner; a partir de 1950, uma segunda “onda” introduz inovações instrucionais, notadamente com o ensino embasado na resolução de problemas ou situações de vida, o PBL citado. Uma terceira geração, atual, aponta para o que deve ser o ensino embasado em sistemas de saúde – distante da análise que propõe este texto (Frenk et al, 2010). Interessante notar que Dewey seja citado por Flexner em seu paradigmático relatório com uma identidade educacional sobre o ensino de medicina e o método apresentado por John Dewey. Ambos defendem a mesma abordagem para a educação: aprender fazendo (Ludmerer, 2011).

Nesta fundamentação, o CEM pareceu falhar: pela ausência de uniformidade quanto ao conceito de medicina comunitária; nas abordagens psicológica e social distintas dos problemas de saúde observados; com uma estrutura pedagógica subjugada por rotinas hospitalares; com estágios com alta especificidade casuística – distantes da proposta integradora; e áreas afins, como neurologia e psiquiatria, carentes de coordenadoria didática e unificadora. Esta aparente fratura será explorada neste texto sob a hipótese dessa condição como um limite curricular associado a uma provável pedagogia voluntariosa de seus docentes.

### **Faculdade de Medicina, USP, 1968-1974 – O Curso Experimental**

Neste cenário e contexto históricos brevemente considerados foram originados os fundamentos do curso experimental de medicina da USP.

criava-se dentro da Faculdade de Medicina um novo curso, com autonomia administrativa e didática, visando a uma experiência de ensino, perfeitamente válida e com resultados positivos sob alguns aspectos. Destinava-se o mesmo a aumentar o número de matrículas e propiciar a implantação de novos métodos de ensino, permitindo a integração dos currículos, dando aos mesmos, maior flexibilidade, de modo a estabelecer novos modelos para uma comparação com os métodos clássicos de ensino médico (Lacaz, 1999).

Essa dualidade curricular resultou em amplos debates na Faculdade de Medicina. A instalação de dois cursos de medicina na Faculdade de Medicina – o vigente, denominado curso tradicional, e o novo CEM com um currículo considerado inovador em cenários de centros de saúde e hospitalar, não seguiu coexistência administrativa harmoniosa.

Interessante notar como mesmo os novos equipamentos de assistência e ensino planejados foram interpretados como inadequações:

O grande erro residia em fazer do H.U. [Hospital Universitário da USP] e do Centro de Saúde do Butantan [os] locais para as atividades exclusivas e privativas do Curso Experimental de Medicina. Ora, a Faculdade de Medicina é uma só e discriminações desta natureza não podiam mais persistir (Lacaz, 1999).

Houve forte oposição e em 1974 o CEM tem seu desfecho: Diretoria e Congregação da Faculdade incorporam os cursos coexistentes por um projeto chamado de “fusão curricular”. Em 1976, a USP em São Paulo tem novamente um curso de medicina (Mota, 2014). Perante a direção da FMUSP, três motivos justificaram a fusão dos dois cursos: o legal, o administrativo e o educacional, pois dois cursos diferentes com autonomia didática e administrativa distinta enfraquecia a instituição.

A Faculdade de Medicina volta ser uma só, respeitando-se o seu passado cheio de glória e as linhas mestras de sua modelar organização... A Faculdade de medicina estava cindindo-se e a cisão enfraquece, debilita... a fusão de um ou outro curso vem sanar esta não desejada irregularidade jurídica, sem prejuízo do aproveitamento de ambos, de aspectos positivos e construtivos, em benefício do progresso científico e da formação profissional (Lacaz, 1999).

Análises sobre o curso experimental apontam que o CEM coexistiu com conturbações políticas e sociais do período, como um produto do seu tempo e suas contingências e de indivíduos com disposição para modificar o ensino médico da FMUSP (Tavano, 2017). Houve um intenso debate... Outras vozes, como o Professor Guilherme Rodrigues da Silva, tipificaram as interpretações para além da instituição: protagonista do CEM, mas em “área de pouco prestígio” – o Departamento de Medicina Preventiva e representante de oposição ao governo contemporâneo (Tavano, 2017). Alguns anos após a “fusão”, Isaías Raw, um de seus fundadores, refletindo sobre os fundamentos e futuro da medicina, salienta o cotidiano surpreendente das experiências educacionais do curso.

Foi uma imensa improvisação usando-se, nos horários disponíveis, salas e laboratórios da Cidade Universitária. Não houve recursos para adquirir equipamentos ou construir (só três anos mais tarde concretizou o Hospital Universitário que lhe era destinado). Apesar de sua improvisação (o curso era “inventado” em reuniões semanais noturnas, quando discutíamos o conteúdo dos temas da semana e as ideias trazidas, particularmente por Alípio Correia Neto, sobre a formação do médico para servir à comunidade) e de recursos irrisórios, logrou implantar o que não conseguiram as então novas faculdades de medicina... (Raw, 1994).

Além dessa debilidade da infraestrutura, documentos sugerem que o regime militar da época e a Reforma de 1968 fundamentaram ações, como as aposentadorias compulsórias de professores, que limitaram o CEM. O descompasso institucional – para ser elegante, entre a FMUSP e o Centro de Saúde do Butantã, fundamental para o CEM mas identificado com opositores ao regime, comprometem ainda mais a continuidade do currículo experimental (Mota, 2020).

## A formação pedagógica voluntariosa no curso experimental da FMUSP

Reflexões dos seus protagonistas, professores e estudantes, vão ao encontro das análises citadas. Embora a densidade política do período, bem documentada, tenha direcionado fortemente a interpretação do CEM até sua extinção amalgamada ao currículo existente, há uma abordagem que deve ser considerada: sua prática pedagógica. A proposta pedagógica do curso experimental, documentada por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas entre 2014 e 2016, se reflete em relatos ainda vivamente presentes nas memórias. Vinte e quatro estudantes da mesma Faculdade, selecionados entre aqueles dos dois cursos distintos entre 1968 e 1973, refletem sobre sua formação e nos resultados deste período sobre atuação profissional, na gestão e na academia. Onze professores que ministraram aulas nos dois cursos, exclusivamente ou não, também foram ouvidos. Os depoimentos relatam experiências pessoais e identificam o impacto causado pelo CEM durante sua breve existência.

No processo de entrevistas utilizado neste texto, os relatos documentam o percurso e o desenvolvimento das carreiras desde o ingresso no curso até o período atual; a percepção da metodologia do currículo médico frequentado; e uma reflexão sobre seus pares acadêmicos e os aspectos que os influenciaram na vida profissional. A análise do conteúdo construiu unidades de significados nos discursos, referenciados pela cultura e literatura do período (Schraiber, 1995).

A análise narrativa empregada se concentrou na interpretação dos seus autores, os entrevistados, por suas próprias histórias pessoais e vivências do Curso Experimental. Para além das palavras, as expressões e linguagens descrevem as densas participações e protagonismos, sentimentos e pensamentos experimentados. Esta análise revelou as relações entre pessoas e sua (então) realidade social balizada pelo Curso em que, defendemos nesta análise, exercia uma docência voluntariosa (Franzosi, 1998).

Os professores da amostra utilizada ainda atuam profissionalmente, seja na prática clínica ou em pesquisa acadêmica, e passaram por formação internacional em suas áreas, porém somente dois reportaram cursos de formação em docência. Interessante notar **a ausência** desta premissa para um “recrutamento” ao curso experimental, notadamente pela condição de inovação curricular.

um dos coordenadores do curso nos disse que pegou (sic) jovens, pois como o curso era novo, não poderia trazer docentes antigos... estes *já tinham vícios* e eram do curso tradicional (Docente, Moléstias Infecciosas, Tradicional & Experimental; grifo nosso).

Eu tinha uma turma de 20 alunos... convivi intensamente... aulas muito dialogadas... chamando para [articulação entre] o conhecimento... na morfologia com... fármaco[logia] e depois na clínica. Então... do jeito que pensávamos e atuávamos, isso era uma maravilha (Docente, Ciências Biológicas, Experimental).

Nós nos reuníamos uma vez por semana e... combinávamos... era: Pô, é importante falar de mitocôndria?... Como o clínico vê isso? Como o cirurgião vê isso... Era uma grande proximidade... Tinham vários professores ícones [com] muita proximidade com os alunos e se tornaram influência positiva (Docente, Bioquímica, Experimental).

Mas eu sei... o fato de eu ser médico fazia uma diferença muito grande... [com] vivência capaz de explicar... porque a ênfase era fisiopatologia. O cara tinha que ir juntando os pedaços e no fim ele se forma. É essa a

visão é que era o que se queria. *Não tinha nenhum curso para o professor aprender isso. Era na raça*” (Docente, Cirurgia, Tradicional; grifo nosso).

Havia... a necessidade de... se adequar à forma como o curso era prestado. Uma coisa é eu [dar aula] desconhecendo o que meus pares dão... [outra] é... entender o que os diferentes campos disciplinares trabalham para me adequar... *talvez a única exigência que existia* era essa (Docente, Medicina Preventiva, Tradicional & Experimental; grifo nosso).

Era muito importante dar ao aluno uma possibilidade de estudar... e aprender sozinho. E isso não se faz no quadro negro... *as aulas eram... um exercício de autoestima do professor no quadro negro...* tornou-se um curso bem diferente... Não vou dizer melhor, mas bem diferente (Docente, Psiquiatria, Tradicional & Experimental; grifo nosso).

Atuar no CEM oferecia ao docente a autonomia, mas também uma “submissão” às novidades didáticas. Estas são relatadas pela integração dos conteúdos – distinta da fragmentação temática observada até então. Houve também forte interação social, entre docentes e discentes, e pela aproximação entre professores tidos como exemplos profissionais. No entanto, para os docentes no curso tradicional a referida fragmentação não era entendida como uso inadequado das informações científicas ou dos conceitos necessários para o bom desenvolvimento da prática médica.

fizemos [um] ensino dinâmico... os alunos preparavam perguntas para discutirem entre eles... a gente dava uma projeção das coisas (Docente, Medicina Tropical, Tradicional & Experimental).

O curso seguia um currículo diferenciado, nos moldes de alguns currículos americanos... a ideia da articulação das disciplinas, os blocos e as estruturas abriram a mente de quem se propôs [participar]... uma didática fantástica *se todos soubessem o que estavam fazendo*. Não era possível continuar a dar a mesma aula de sempre (Docente, Psiquiatria, Tradicional & Experimental; grifo nosso).

Era um curso com mais liberdade para fazer mudanças e sugestões. O curso era dado para grupos pequenos de alunos, então não existiam aquelas aulas magistrais. Não tinha aula teórica (Docente, Bioquímica, Tradicional & Experimental).

Se os professores portavam denso currículo profissional e acadêmico, os profissionais médicos formados pelo curso de medicina da USP, em qualquer de suas duas modalidades curriculares, também seguiram caminhos de densa especialização pela Residência Médica no Brasil ou em centros internacionais. Nestes últimos, há destaque para aqueles que frequentaram o currículo “tradicional”. Mais notável ainda, foi constatar as trajetórias acadêmicas com obtenções de títulos de Doutorado – por todos os entrevistados. Destacada esta característica, durante as entrevistas, os 24 então estudantes mostraram intenso envolvimento com o período histórico vivenciado. E buscaram um sentido lógico para os relatos...

Embora nesta condição se possa questionar um possível desvio de seleção – e uma limitação da análise, as reflexões dos participantes pareceram objetivas para suas participações e sentimentos em relação aos pares, docentes e instituição. Ainda assim, essa qualificação profissional deve ser destacada. Outra possível condição é o estabelecimento de referências cruzadas entre colegas com trajetórias semelhantes, neste caso, doutoramentos. Ainda que a busca fora por estudantes de então, encontrá-los com a experiência de programas de Doutorado pode enriquecer as reflexões sobre o ambiente acadêmico, notadamente pela longa exposição – mas não reduzir um possível viés de interpretação positiva ou condescendente.

Relataram como a metodologia perpassava grandiosamente pela teoria e prática, com o objetivo de desenvolver a capacidade de estudar, raciocinar e trabalhar em grupo, integrando os conteúdos. O curso tradicional se distanciava dessa experiência. Os entrevistados destacaram temas adicionais que aproximavam o currículo médico do CEM das Ciências Humanas – estranhos ao currículo então vigente.

O que nos foi dito... é que a mudança de currículo tinha dois objetivos... ser mais moderno... uma estrutura didática completamente diferente do que era o tradicional. E... formar um médico que [exercesse]... a medicina sem a residência (Estudante, Cirurgião Plástico, Experimental).

um curso como a medicina da USP era um diferencial enorme... Um curso com tamanha história não podia ser ruim. Eu sabia da existência do experimental, alguns dos alunos tinham ido ao cursinho para falar dele (Estudante, Cirurgião, Tradicional).

No experimental, a gente fazia sistema de blocos. Via anatomia, histologia e fisiologia do aparelho digestivo. As coisas eram integradas... via o cadáver... via um paciente no HC com alguma patologia relacionada... era mais fácil aprender. Marcante essa diferença entre os dois cursos (Estudante, Saúde Pública, Experimental).

Nós ficávamos muito tempo... lendo e estudando. Aulas teóricas intermináveis, cheias de detalhes, desenhos, esquemas... [no] HC era muito bom, porque víamos... [e] convivíamos com a prática, mas [somente no] terceiro, quarto ano (Estudante, Clínico, Tradicional).

no primeiro ano a gente teve o curso de ciências sociais... a gente achava que o pessoal tradicional era reacionário, e os do tradicional achavam que nós éramos comunistas... refletia o que se via na época (Estudante, Psiquiatra, Experimental).

Tinha um curso de anatomia geral, que era o mais chato, decorar... uma semana inteira e nunca mais ia usar aquilo na vida (Estudante, Clínico, Tradicional).

O CEM permitia o contato com pacientes logo no início da graduação. Os estudantes “atendiam”, sob supervisão das equipes multiprofissionais com pediatras, assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras e os professores, nos Centros de Saúde da Lapa e do Tatuapé.

Interessante distinção ao modelo tradicional em que ocorriam visitas rotineiras para observação em ambulatórios e no pronto-socorro do Hospital das Clínicas. Em ambos os currículos, o preparo didático pareceu limitado, embora com mais destaque no tradicional.

A gente... já ia fazer Centro de Saúde na Lapa... tinha uma assessoria enorme. [Mas]... o hospital universitário... não ficou pronto... Então a gente teve que... circular nas mesmas clínicas que o pessoal do tradicional. O curso pecou... no que se refere a um preparo melhor em relação às cadeiras cirúrgicas... falta de entrosamento de disciplinas... com o espírito do curso (Estudante, Reumatologia, Experimental).

O tradicional tinha o enfoque em capacitar primeiro... Era importante ter uma visão global de tudo para dilapidar o conhecimento aos poucos com uma vivência preparada (Estudante, Cirurgião, Tradicional).

A teoria prevalecia à prática. Tinha um excesso de teoria... posso dizer que um ponto negativo era o excesso de aulas teóricas (Estudante, Cirurgião, Tradicional).

### **Os limites e implicações da formação voluntariosa no curso experimental de medicina da USP**

Os relatos dos docentes envolvidos no CEM sugerem o pertencimento a um grupo de características idealistas. Abertura para participação em decisões, a construção conjunta das estratégias didáticas a serem utilizadas e o reconhecimento do trabalho docente pela coordenação do curso são ações que aproximaram os docentes à identificação com o Curso Experimental de Medicina.

O curso experimental e seu currículo foi sugerido como um produto do seu tempo, do alinhamento sócio-histórico-cultural de contingências e indivíduos que se dispuseram a modificar o ensino médico da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Tavano, 2017). Os relatos destacados não se afastam dessa interpretação, mas localizam a proposta didática à frente de seu tempo, porém com limitações pedagógicas que podem ter contribuído para sua curta existência.

As experiências pessoais de docentes e discentes documentam a determinação voluntária descrita por I. Raw (Raw, 1994). As estratégias utilizaram métodos de pequenos grupos e estudo independente, mas de forma incipiente e sem sistematização documentada (Sobral, 2014). Ainda que houvesse disposição embalada pela identificação com o diferencial de ensino, pela metodologia inovadora e com sua relação interpessoal, a estratégia pedagógica foi acanhada e provavelmente limitante à permanência do próprio CEM. Em uma instituição que se primava por grandes nomes como corpo docente, internacionalmente conhecidos em suas áreas e especialidades, o CEM propiciou aos novos docentes uma perspectiva ancorada nessa determinação voluntária.

Era necessário maior envolvimento para que os objetivos do curso fossem alcançados. O modelo curricular proposto estava em embates constantes com a Direção da instituição. Todos os docentes se sentiam responsáveis pelo novo curso, evidenciado pela participação em longas discussões sobre as práticas propostas que elucidavam o (novo) caráter humanista sobre o qual se elaborava o novo curso médico. A articulação entre os professores do CEM fortaleceu a adesão ao curso na medida em que se sentiam parte de uma construção com interesse comum. Esta identidade pareceu se traduzir com um modelo interpretado como ensino emancipador.

O CEM representou uma experiência, não isolada, na divulgação ainda precoce das metodologias ativas de ensino no Brasil. Interessante refletir se o período controverso de sua inauguração fora adequado, uma vez que a década de 1960 foi marcada pelo governo militar,

com a reforma universitária (Snider, 2018). Essa reforma de 1968 modificou profundamente a universidade brasileira, como, por exemplo, a criação do sistema departamental e extinção do sistema de cátedras. Impôs aposentadorias compulsórias de professores considerados contrários ao regime e demissão de reitores. O MEC criou uma divisão de segurança e informação para fiscalizar as atividades políticas de professores e estudantes nas instituições – verdadeiro controle policial (Martins, 2009). Esse contexto ajudava a proporcionar uma rivalidade entre o CEM e o tradicional, inclusive com vinculações, por partes de alunos e professores, com os diferentes cursos, refletindo ideologias políticas.

O curso experimental não se propunha a negar a Faculdade de Medicina e sim retomar uma posição de vanguarda, consolidada desde sua origem, onde o ensino aliava-se à pesquisa laboratorial. Em nenhum momento se distanciaram da “Casa de Arnaldo” com o desejo de se manter na vanguarda educacional (Tavano, 2017).

Notável observar que a participação em um projeto novo que destacou a autonomia na busca pelo conhecimento foi a lembrança mais fortemente evocada nos discursos de discentes e docentes. Ainda mais interessante foi observar que mesmo aqueles não diretamente partícipes (docentes e discentes do currículo tradicional) também se apropriaram das mesmas densas reflexões sobre a experiência didática proposta pelo então curso experimental. Embora possa ter sido coincidência – mesmo com a aleatoriedade das escolhas para as entrevistas, a consolidação de carreiras acadêmicas forjadas nesse período pode ter sido um subproduto dessa experiência, tenha sido ela vivenciada diretamente ou por meio da proximidade institucional dos dois currículos.

O CEM representou marco pedagógico consoante, mas também adiante de seu tempo. Consoante, pois esteve embasado em literatura e experiência internacional do período. No entanto, teve sua estrutura e funcionamento alicerçados em limitada e voluntarista formação pedagógica dos seus docentes. No mesmo compasso, adiante, pois requisitou tais formação docente e estrutura que apenas despontavam no ambiente das universidades nacionais. Ainda assim, a autonomia educacional promovida em seus participantes refletiu em carreiras profissionais para além das memórias de seu impacto político, em duradouro reflexo pedagógico.

## Referências

BAKER, Constance M. Problem-based learning for nursing: integrating lessons from other disciplines with nursing experiences. *Journal of Professional Nursing*, v.16, n.5, p.258-266. 2000. DOI: <https://doi.org/10.1053/jpnu.2000.9461>

CUNHA, Marcus V. John Dewey e o pensamento educacional brasileiro: a centralidade da noção do movimento. *Revista Brasileira de Educação*, vol.17, p.86-99. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782001000200007>

FRANZOSI, Roberto. Narrative Analysis - Or Why (And How) Sociologists Should Be Interested in Narrative. *Annual Review of Sociology*, vol.24, p.517-54. 1998. DOI: <http://www.jstor.org/stable/223492>.

FRENK, Julio et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, vol.376, n.9756, p.1923-58. 2010. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61854-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5)

LACAZ, Carlos S. *História da Faculdade de Medicina da USP: reminiscências, tradição, memória da minha escola*. São Paulo: Atheneu; 1999.

LUDMERER, Kenneth M. Abraham Flexner and medical education. *Perspectives in Biology and Medicine*, vol.54, n.1, p.8-16. Winter 2011. DOI: <https://doi.org/10.1353/pbm.2011.0009>

MARCONDES, Eduardo. O Curso Experimental de Medicina da Universidade de São Paulo. *Educ. Med. Salud.*, vol. 9, p. 172-195, 1975.

MARCONDES, Eduardo; GONÇALVES, Ernesto Lima. *Educação Médica*. São Paulo, Sarvier; 1998.

MARTINS, Carlos Benedito. A reforma universitária de 1968 e a abertura para o ensino superior privado no Brasil. *Educ. Soc.*, Campinas, v.30, n.106, p.15-35, Apr. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302009000100002>

MOTA, André. Entre o curso tradicional e o curso experimental da Faculdade de Medicina-USP: a experiência da pedagoga Maria Cecília Ferro Donnangelo, 1968-1976. *Educar em Revista*, vol.54, p.159-172. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-4060.37808>

MOTA, André; SCHRAIBER, Lilia Blima; AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. “Paulistanidade” e a construção da Saúde Coletiva no estado de São Paulo, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.21, n.60, p.5-11. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0863>.

MOTA, André. *Tempos Cruzados: a saúde coletiva no estado de São Paulo, 1920-1980*. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2020

MOTTA, Rodrigo Patto Sá. *As universidades e o regime militar: cultura política brasileira e modernização autoritária*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

RAW, I. *Reformulação do ensino médico: Faculdade de Medicina e a USP*. *Revista USP*, vol.20, p.131-137. 1994. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i20p131-137>

SCHRAIBER, Lilia B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev Saude Publica*, vol.29, n.1, p.63-74, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000100010>

SNIDER, Colin M. “Deficient Education,” “Academic Questions,” and Student Movements: Universities and the Politics of the Everyday in Brazil's Military Dictatorship, 1969–1979. *The Americas*, Vol. 75, n.4, p. 699-732, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1017/tam.2018.38>

SOBRAL, Dejanio T. Três casos de inovação curricular no panorama recente (1964-1988) da educação médica brasileira: subsídios de um retrospecto baseado na revisão de documentos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.38, n.4, p.493-501. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022014000400011>

TAVANO, Patrícia T. et al. Curso Experimental de Medicina da FMUSP e suas conjecturas de implementação. *Khronos, Revista de História da Ciência*, vol.4, p.84-101. 2017.

TEIXEIRA, A. Bases da teoria lógica de Dewey. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, vol. XXIII, n.57, p.3-27. 1955.