



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
DE SANTOS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

BERNARDO PINHEIRO CARDOSO DE BRITO GONÇALVES

**CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI: SUA
ORIGEM E CONSOLIDAÇÃO
(2001-2018)**

Programa de Pós-Graduação em Educação da UNISANTOS,
Mestrado em Educação

Area de Concentração: Educação e Formação

Linha de Pesquisa: História das instituições

Orientadora: Prof^ª Dra. Maria Aparecida Franco Pereira

SANTOS, SP
2020

BERNARDO PINHEIRO CARDOSO DE BRITO GONÇALVES

**CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI: SUA
ORIGEM E CONSOLIDAÇÃO
(2001-2018)**

Relatório de Pesquisa de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Universidade Católica de Santos - UNISANTOS, para fins de avaliação pela Banca Examinadora do Exame de Defesa, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Maria Aparecida Franco Pereira

**Santos SP
2020**

[Dados Internacionais de Catalogação]

Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

G635c Gonçalves, Bernardo Pinheiro Cardoso de Brito.
Curso de medicina da Universidade Federal do Cariri: sua origem e
consolidação (2001-2018) / Bernardo Pinheiro Cardoso de Brito Gonçalves;
orientadora Maria Aparecida Franco Pereira. -- 2020.
482 f.; 30 cm

(Dissertação de Mestrado) - Universidade Católica de Santos, Programa de
Pós-Graduação *stricto sensu* em Educação.

Bibliografia:

1. Ensino superior. 2. Curso de medicina. 3. Ensino público. 4. Região
Cariri. I. Pereira, Maria Aparecida Franco. II. Universidade Católica de
Santos. III. Título.

CDU 1997 - 37(043.3)

Maria Rita C. Rebello Nastasi - CRB 8/2240

RESUMO

Um curso de Medicina era cada vez mais necessário na região do Cariri cearense. Apesar de contar com serviços médicos desde o século XIX e com estruturas hospitalares desde o primeiro quartil do século XX, a região do Cariri recebeu seu primeiro curso público de Medicina apenas no século XXI. O presente trabalho objetiva analisar o curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA) sob o ponto de vista histórico. Este estudo quali-quantitativo de cariz historiográfico principia por realizar uma contextualização geográfica, histórica e socioeconômica da região onde se insere o curso; descreve o percurso do ensino médico no Brasil do seu início até a chegada do curso médico na região do Cariri; realiza levantamento documental e iconográfico de marcos históricos e políticos de sua criação, ainda como expansão da Universidade Federal do Ceará (UFC), seu processo de consolidação, também destacando seu processo de transição com a criação da UFCA. Neste recorte histórico são investigados aspectos da cultura organizacional da instituição e suas expressões nos campos das culturas empírica, científica e política. Após o levantamento documental, são analisados dados coletados a partir de questionários e entrevistas semiestruturadas com alunos, professores e personagens públicos participantes do processo de criação e consolidação desta instituição. Os referenciais teóricos utilizados são NÓVOA (2010) e ESCOLANO (2017), os quais fundamentam a análise dos dados coletados a partir da história das Instituições, cultura organizacional e cultura escolar.

Palavras-chave: Ensino Superior; Cursos de Medicina; Ensino Público; Região do Cariri

ABSTRACT

A medical course was increasingly needed in the Cariri region of Ceará. In spite of having medical services since the 19th century and hospital structures since the first quarter of the 20th century, the Region of Cariri received its first public medical course only in the 21st century. This work aims to analyze the medical course of the Federal University of Cariri (UFCA) from the historical point of view. This quali-quantitative study of historiographic nature begins by performing a geographical, historical and socioeconomic contextualization of the region where the course is inserted; it describes the path of medical education in Brazil from its inception to the arrival of the medical course in the Cariri region; conducting documentary and iconographic survey of historical and political landmarks of its creation, yet as an expansion of the Federal University of Ceará (UFC), its consolidation process, also highlighting its transition process with the creation of UFCA. In this historical contour we investigate aspects of the institution's organizational culture and its expressions in the fields of empirical, scientific and political cultures. After the documentary survey, data is collected from questionnaires and semi-structured interviews with students, teachers and public characters who have participated in the process of creation and consolidation of this institution. The theoretical references used are NÓVOA (2010) and ESCOLANO (2017), which underlie the analysis of data collected from the history of the Institutions, organizational culture and school culture.

Key Words: Keywords: Higher Education; Medical Courses; Public Education; Cariri Region

DEDICATÓRIA

Ao povo do Cariri

AGRADECIMENTOS

Ao nosso Deus, por tudo de bom que pôs em meu caminho

À Maria Isa, minha constante professora e a quem ensinei a ser mãe

À Luciano, meu pai, por me inspirar o ofício e o caráter

À Ana Paula, Júlia, Benjamin e Celina, pedaços de mim, por dar sentido à minha vida

A todos os meus professores, representados na professora Cida Franco. Para além da capacidade de trabalho e experiência, sua primeira lição foi a do acolhimento e zelo pelo aluno

Ao professor Modesto Rolim, pelas certas recomendações

A Haoni Caiena, pela assessoria nos misteriosos assuntos digitais

A Adriana de Freitas e Ossian Landim, pela gentilíssima disponibilidade na construção desse trabalho, sem a qual não teria concluído

A Ana Cláudia Rodrigues e Geane Souza pelo diligente e paciente trabalho de transcrição das entrevistas

Aos inesquecíveis alunos da primeira turma da faculdade de Medicina de Barbalha, pela disponibilidade de contribuir com seus registros históricos e fotográficos, aos quais parabeno pela sua história

Aos meus bravos colegas professores da faculdade de Medicina de Barbalha por me ajudarem a construir minha carreira

Aos meus colegas de mestrado, em especial Batista e Juliana, pelo apoio e convivência fraterna nesta aventura acadêmica

Aos professores do Programa de Pós-graduação Mestrado UNISANTOS (Universidade de Santos) por sua

À professora Zuleide Fernandes Queiroz, por sua referência na combinação de excelência teórica e ação

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: População do Cariri em comparação à do Estado do Ceará, 2011-2017.....	89
Gráfico 2: Participação no valor agregado bruto na economia do Cariri, por setor.....	100
Gráfico 3: Taxa de natalidade Cariri, Ceará, Nordeste e Brasil. 1996 a 2010.....	117
Gráfico 4: Envelhecimento populacional no Cariri, Ceará, Nordeste e Brasil de 1980 a 2010.....	117
Gráfico 5: Serviços públicos suportados pelo CDC.....	137
Gráfico 6: Total de recursos da saúde transferidos ao SUS por município, 2017 (destaque para Barbalha).....	148
Gráfico 7: Taxa de investimento - SUS /habitante por região (em R\$) – Destaque para o Cariri.....	149
Gráfico 8: Taxa de investimento - SUS /habitante por município (em R\$) – Destaque para Barbalha.....	150
Gráfico 9: taxa de crescimento da população médica e geral no Brasil e da relação médico por grupo de 1.000 habitantes.....	423
Gráfico 10: Total de entradas e saídas de médicos no Brasil.....	423
Gráfico 11: Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões – Brasil, 2018.....	424
Gráfico 12: Relação entre mulheres e homens médicos no Brasil / FAMED Barbalha 2006.....	426
Gráfico 13: Progressão dos registros médicos de 2000 a 2016, por sexo.....	427
Gráfico 14: COR / Etnia.....	428
Gráfico 15: Estudos em escolar particular ou pública.....	429
Gráfico 16: Curso preparatório para ingressar na faculdade de medicina.....	430
Gráfico 17: Participação na renda familiar.....	430
Gráfico 18: Dependência dos provedores.....	431
Gráfico 19: Faixa de Rende Familiar dos pais.....	431
Gráfico 20: Profissão do pai na época do ingresso na faculdade.....	432
Gráfico 21: Profissão da mãe à época do ingresso na faculdade.....	432
Gráfico 22: Cidade e estado onde nasceu.....	433
Gráfico 23: Cidade ou estado onde residia quando da matrícula do curso de medicina do Cariri.....	434
Gráfico 24: Informação sobre o curso de medicina do Cariri.....	434
Gráfico 25: Maior motivação para escolher o curso de medicina.....	435
Gráfico 26: Resposta sobre a implantação do curso de medicina do Cariri.....	435
Gráfico 27: Motivação para escolher o curso de medicina – motivo financeiro.....	436
Gráfico 28: Motivação para escolher o curso de medicina – motivo do prestígio social.....	436
Gráfico 29: Motivação para escolher o curso de medicina – motivo para carreira acadêmica.....	437
Gráfico 30: Área de atuação.....	437
Gráfico 31: Cidade e estado onde cursou pós-graduação.....	438
Gráfico 32: Opções de especialidades.....	438
Gráfico 33: Cursou subespecialidades.....	439
Gráfico 34: Ingressou na carreira acadêmica (magistério).....	439
Gráfico 35: Cidade/Estado onde reside atualmente.....	440
Gráfico 36: Cidade em que trabalha atualmente.....	441

Gráfico 37: Setor profissional onde atua.....	441
Gráfico 38: Faixa de renda familiar.....	442
Gráfico 39: Opinião sobre a carência de médico no interior do estado do Ceará.....	443
Gráfico 40: Opinião sobre abertura de novos cursos de medicina no estado do Ceará.....	443
Gráfico 41: Práticas esportivas e hobbies.....	444
Gráfico 42: Práticas de atividades física e artística.....	445
Gráfico 43: Conhecimento ou participação em manifestações culturais no Cariri.....	445

LISTA DE QUADRO E FIGURAS

Quadro 1: Elementos da cultura organizacional.....	41
Figura 1: Culturas de la escuela.....	45
Figura 2: Mapa dos Sertão do Cariri.....	52
Figura 4: vista do Crato, Séc. XIX, aquarela de José Reis Carvalho.....	55
Figura 5: Calabouço onde permaneceu D. Bárbara de Alencar na Fortaleza de N ^{ssa} S ^{ra} da Assunção.....	56
Figura 6: Mapa da Província do Ceará, 1860.....	58
Figura 7: Regiões do Ceará.....	61
Figura 8: Mapa do Território do Cariri.....	61
Figura 9: Localização do Território do Cariri no Estado do Ceará.....	62
Figura 10: Biomas do Brasil em 2004.....	63
Figura 11: Localização do Semiárido Brasileiro.....	63
Figura 12: Pinturas rupestres no Cariri.....	70
Figura 13: Unidades Fitoecológicas do Ceará.....	71
Figura 14: Antilophia bokermanni – O Soldadinho-do-Araripe.....	72
Figura 15: Rede de Geoparques Mundial.....	75
Figura 16: Geossítios da Chapada do Araripe.....	76
Figura 17: Fóssil de Libélula – imagem icônica do Geopark Araripe.....	77
Figura 18: Patativa do Assaré.....	79
Figura 19: Luiz Gonzaga, o Rei do Baião.....	80
Figura 20: Brincantes da Festa do Pau da Bandeira nas Ruas de Barbalha – CE..	81
Figura 21: Mapa do território do Geopark Araripe.....	82
Figura 22 – Regiões Metropolitanas do Brasil	85
Figura 23: Posição geográfica do Cariri cearense em relação às capitais nordestinas.....	86
Figura 24: Região Metropolitana do Cariri destacando o Núcleo CRAJUBAR...	86
Figura 25: Linha Férrea Fortaleza-Crato concluída em 1926.....	119
Figura 26: Mapa da via percorrida do Metrô do Cariri.....	120
Figura 27: Metrô do cariri.....	120
Figura 28: Ferrovia Transnordestina.....	121
Figura 29: Frota de veículos do Ceará por cidade.....	122
Figura 30: Rodovias Estaduais no Cariri.....	123
Figura 31: Infraestrutura das estradas em 2017.....	123
Figura 32: CE 060 Estrada do Algodão.....	124
Figura 33: Rodovias no Ceará.....	124
Figura 34: Rodovia Padre Cícero.....	125
Figura 35: BR 122.....	125
Figura 36: BR 116.....	126
Figura 37: BR 230.....	127
Figura 38: Aeroportos no Ceará.....	128
Figura 39: Plano geral do projeto de transposição das águas do Rio São Francisco.....	132
Figura 40: Cinturão Digital do Ceará.....	136
Figura 41: Equipamentos de saúde por região.....	139
Figura 42: Macrorregiões de Saúde no Ceará e Hospitais Regionais em Funcionamento em 2018.....	141

Figura 43: Porcentagem do recurso total da saúde destinado ao SUS por município, 2017.....	149
Figura 44: Posição do CRAJUBAR na rede urbana regional.....	151
Figura 45: Faculdade de Medicina da Bahia.....	177
Figura 46: Jornal Unitário (dezembro de 1947).....	188
Figura 47: Casarão onde funcionou inicialmente o curso médico da UFC.....	190
Figura 48: Formandos da 1ª turma de Medicina da UFC.....	191
Figura 49: Hospital Universitário Walter Cantídio.....	198
Figura 50: Reitoria UFC.....	198
Figura 51: Arco de Maguerez.....	220
Figura 52: Unidade Básica de Saúde.....	229
Figura 53: casario de Barbalha.....	237
Figura 54: Notícia da chegada do curso de medicina ao interior do Ceará.....	241
Figura 55: Padre Paulo de Sá Gurgel.....	244
Figura 56: Colégio Santo Antônio de Barbalha (CSA).....	245
Figura 57: Colégio Santo Antônio de Barbalha (CSA).....	246
Figura 58: Área interna do Colégio Santo Antônio.....	246
Figura 59: Piscina do CSA, já em regime misto.....	246
Figura 60: Manifestação de estudantes.....	248
Figura 61: Aspectos do novo CSA.....	250
Figura 62: Plano aéreo do bairro do rosário mostrando a proximidade entre a FAMED UFCA e Hospital São Vicente de Paulo.....	251
Figura 63: Fachada do prédio da FAMED Barbalha, à época UFC.....	252
Figura 64: Construção do Colégio Santo Antônio.....	254
Figura 65: Construção do Colégio Santo Antônio.....	255
Figura 66: Aspecto do prédio ao ser entregue legalmente para a Faculdade.....	255
Figura 67: artigo do professor Moreira Lima.....	257
Figura 68: Dormitórios no andar superior, seria futuramente a casa de morcegos?.....	257
Figura 69: Sala de aula do Colégio Santo Antônio.....	267
Figura 70: Pátio do Colégio Santo Antônio na década de 1940.....	269
Figura 71: Pátio e Jardim da FAMED 2010.....	269
Figura 72: Boletim de notas e telegrama de aprovação no vestibular de medicina.....	274
Figura 73: Blocos e salas de aulas pós reforma.....	279
Figura 74: Babilônia.....	281
Figura 75: Pombal.....	282
Figura 76: Descontração nas festas.....	282
Figura 77: Calouros da FAMED.....	289
Figura 78: Calouros da FAMED no trote.....	290
Figura 79: Cerimonia do jaleco.....	291
Figura 80: Qualificação exigida para o cargo de professor.....	298
Figura 81: Logo do Centro Acadêmico Leão Sampaio.....	306
Figura 82: Jornal O Diagnóstico.....	308
Figura 83: Jornal O Diagnóstico.....	309
Figura 84: Jornal O Diagnóstico.....	311
Figura 85: Auditório da FAMED.....	312
Figura 86: Jornal O Diagnóstico.....	313
Figura 87: Jornal O Diagnóstico.....	314
Figura 88: Placa de uma das várias reformas do prédio da FAMED Barbalha.....	315

Figura 89: Atendimento ambulatorial com o Prof. Marcos Cunha (neurologista).....	320
Figura 90: F. Henrique Peixoto, Coordenador do Programa de Residência Médica.....	322
Figura 91: Hospital São Francisco de Assis em Crato.....	323
Figura 92: Hospital Regional do Cariri / Docente da FAMED Barbalha em tutoria aos alunos fala à TV sobre humanização na UTI.....	324
Figura 93: à esquerda a Ir. Rosamaria de Lira com a Ir. Edeltraut Lerch, respectivamente atual diretora e ex-diretora do HMSVP (a primeira diretora).....	325
Figura 94: Hospital Santo Antônio de Barbalha.....	326
Figura 95: Prof. João Ananias Machado Filho, Coordenador da FAMED, 2017..	327
Figura 96: Bernardo Brito, professor da FAMED Barbalha.....	331
Figura 97: Alunos em greve. Fachada da FAMED Barbalha.....	339
Figura 98: Presidente do CALS em 2017, Vangleilson Diniz Morais.....	342
Figura 99: Nova nomenclatura e novo brasão da faculdade de medicina.....	343
Figura 100: Evolução do número de universidades federais período 2003-2010..	349
Figura 101: Evolução de universidade federais período 2002-2014. Destaque para o Cariri.....	349
Figura 102: Reitoria da UFCA.....	351
Figura 103: Reitor Ricardo Ness.....	352
Figura 104: Visita domiciliar.....	364
Figura 105: Visita domiciliar.....	364
Figura 106: Vista do CSA e FAMED Barbalha.....	372
Figura 107: Laboratórios de estudos da FAMED Cariri.....	374
Figura 108: Convite de formatura da primeira turma de médicos da FAMED Barbalha.....	409
Figura 109: Primeira turma de formandos da FAMED Barbalha – 2001.....	413
Figura 110: Culturas da escola.....	450
Figura 111: Elementos da cultura organizacional.....	451
Figura 112: O tempo de Janus.....	458

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica
ABF – Agência Brasileira de Franchising
ABICALÇADOS – Associação Brasileira das Indústrias de Calçados
ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABP – Aprendizagem Baseado em Problemas
ABS – Assistência Básica em Saúde
AED – Avaliação Específica de Disciplina
AFM – Avaliação Final do Módulo
AM – Avaliação do Módulo
AMB – Associação Médica Brasileira
AMECE – Associação dos Municípios do Estado do Ceará
APA – Área de Preservação Ambiental
AQUASIS -Associação de Pesquisa e Preservação de Ecossistemas Aquáticos
BIOEXA – Biotério Experimental Animal
BVS – Biblioteca Virtual da Saúde
CA – Centro Acadêmico
CAC – Cinturão das Águas do Ceará
CAGECE – Companhia de Água e Esgoto do Ceará
CALS – Centro Acadêmico Leão Sampaio
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CCM – Colegiado do Curso de Medicina
CDC – Cinturão Digital do Ceará
CDL -Clube de Dirigentes Lojistas
CEASA – Central de Abastecimento S.A. (Sociedade Anônima)
CEERT – Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdade
CENTEC – Centro de ensino Tecnológico
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CEP- Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
CEPE – Conselho de Ética e Pesquisa
CEUA – Colegiado de Comissão de Ética no Uso de Animais
CFM – Conselho Federal de Medicina
CFN – Companhia Ferroviária do Nordeste
CIDH – Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão
CIN – Colegiado do Internato
CINAEM – Comissão interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico
CNPq – Conselho Nacional de Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico
CNRM – Conselho Nacional de Residência Médica
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONSEA – Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal
CONSUNI – Conselho Universitário
CONSUP – Conselho Superior
CRAJUBAR – Crato, Juazeiro e Barbalha
CREMEC – Conselho Regional de Medicina do Ceará
CREMU – Centro Municipal de Marcação de Consultas e Exames
CRM – Conselho Regional de Medicina

CRUTAC – Programa Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária
CSA - Colégio Santo Antônio
CUA – Conselho da unidade Acadêmica
CVT - Centro Vocacional Tecnológico
DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais
DP – Desenvolvimento Pessoal
EBC – Empresa Brasileira de Comunicação
EBSEHR – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ENEM – Exame Nacional do Ensino Médio
ENNEM – Encontro Norte-Nordeste das Escolas Médicas
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ETICE – Empresa de Tecnologia de Informação do Ceará
EUA – Estados Unidos da América
FAMED – Faculdade de Medicina
FIEC – Federação das Indústrias do Estado do Ceará
FLONA – Floresta Nacional
FMJ – Faculdade de Medicina de Juazeiro
FUNCEME – Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos
GRU – Guia de Recolhimento da União
HC – Hospital do Coração
HEMOCE – Hemocentro do Ceará
HMSVP – Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
HSA – Hospital Santo Antônio
HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMBio – Instituto Chico Mendes de Biodiversidade
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IEDE – Interdisciplinaridade e Evidências no Debate Educacional
IES – Instituição de Ensino Superior
IMEP – Instituto de Medicina Preventiva
INEP – Instituto Nacional de Educação e Pesquisa
INFRAERO – Empresa Brasileira de Infraestrutura Aeroportuária
IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
ITA – Instituto tecnológico da Aeronáutica
LABESCI – Laboratório de Escrita Científico
LAMIP – Laboratório de Microbiologia Médica
LAPEX – Laboratório de Patologia Experimental
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação
LIFE – Laboratório de Doenças Cardiovasculares e Metabólicas
MAEA – Metodologias Ativas de Ensino e Aprendizagem
MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand
MEC – Ministério da Educação
NAC – Núcleo de Apoio Acadêmico
NAES – Núcleo de Apoio aos Estágios Supervisionados
NAP – Núcleo de Apoio Psicopedagógico
NASA – Aeronautics and Space Administration
NDE – Núcleo Docente Estruturante
NUDEM – Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OSB – Ordem Superior Beneditina

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBL – Problem Based Learning
PCR – Polimerase Chain Reaction
PDDU – Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano
PDE – Plano de Desenvolvimento da Educação
PDUI – Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado
PET – Programa Escola Trabalho
PIB – Produto Interno Bruto
PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PIBID – Programa de Incentivo de Iniciação à Docência
PMMB – Programa Mais Médicos para o Brasil
PNE – Plano Nacional de Educação
PPC – Projeto Pedagógico do Curso
PPP – Projeto político-pedagógico
PROEXT -Programa de Extensão Universitária
PROUNI – Programa Universidade para Todos
PROVAB – Programa de Valorização da Atenção Básica
PSF - Programa de Saúde da Família
PUC – Pontifícia Universidade Católica
REGIC – Região de Influência das Cidades
REUNI – Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais
RFFSA - Rede Ferroviária Federal S/A
RMC – Região Metropolitana do Cariri
RMF – Região Metropolitana de Fortaleza
RS – Regiões de Saúde
SAAEC – Sociedade Anônima de Água e Esgoto do Crato
SEMEAC – Sociedade de Assistência à Maternidade Escola Assis Chateaubriand
SESC – Serviço Social do Comércio
SESu – Secretaria de Educação Superior
SILOS – Sistemas Locais de Saúde
SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SINE/IDT – Sistema Nacional de Emprego – Instituto de Desenvolvimento de Trabalho
SISAB – Sistema de Informações de Saúde da Atenção Básica
SISU – Sistema de Seleção Unificada
SMN – Salário Mínimo Nacional
SUS – Sistema Único de Saúde
SVO – Serviço de Verificação de Óbitos
TQC – Teste de Qualificação Cognitiva
UAB – Sistema Universidade Aberta do Brasil
UAVC – Unidade de Acidente Vascular Cerebral
UC – Unidades Curriculares
UCE – Unidade de Cuidados Especiais
UECE – Universidade Estadual do Ceará
UERJ – Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFC – Universidade Federal do Ceará
UFCA – Universidade Federal do Cariri
UFESB -Universidade Federal do Sul da Bahia
UFOB – Universidade Federal do Oeste da Bahia
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNB – Universidade de Brasília
UNESCO – Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo
UNIFOR – Universidade de Fortaleza
UNISANTOS – Universidade Católica de Santos
UPA – Unidade de Pronto Atendimento
UPE – Universidade de Pernambuco
URCA – Universidade Regional do Cariri
UTI – Unidade de Terapia Intensiva
UVA – Universidade Estadual Vale do Acaraú
VLT – Veículo Leve sobre Trilhos
ZCIT – Zona de Convergência Intertropical

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO METODOLÓGICA.....	16
1.1 APRESENTAÇÃO.....	16
1.2 OBJETO DE PESQUISA E PROBLEMA.....	16
1.3 JUSTIFICATIVA.....	20
1.4 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....	20
1.5 METODOLOGIA.....	21
1.5.1 Pesquisa exploratória para abordagem do tema.....	22
1.5.2 Escolha metodológica.....	25
1.5.3 Coleta de dados.....	25
1.5.4 Caracterização da pesquisa.....	32
1.5.5 Análise dos dados.....	32
1.6 SUPORTE TEÓRICO.....	33
1.6.1 Dominique Julia.....	33
1.6.2 Fabianny Silva.....	35
1.6.3 António Nóvoa.....	37
1.6.4 Agustin Escolano Benito.....	42
1.7 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	46
2. O CARIRI CEARENSE.....	48
2.1 PALAVRAS PRELIMINARES.....	49
2.2 SIGNIFICADO DO TERMO CARIRI.....	49
2.3 ASPECTOS HISTÓRICOS.....	52
2.4 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO CARIRI.....	60
2.4.1 Território.....	60
2.4.2 Meio ambiente.....	62
2.4.3 Floresta Nacional (FLONA), Área de Proteção Ambiental (APA) da Chapada do Araripe.....	73
2.4.4 Geopark Araripe.....	75
2.4.5 Aspectos socioeconômicos da RMC.....	82
2.4.5.1 Aspectos socioeconômicos.....	82
2.4.6 Atividade Econômica.....	101
2.4.6.1 Setor primário.....	101
2.4.6.2 Setor secundário.....	102
2.4.6.3 Setor terciário.....	104
2.4.7 Aspectos infraestruturais do Cariri.....	118
2.4.7.1 Ferrovias.....	118
2.4.7.2 Estradas.....	122
2.4.7.3 Aeroporto.....	127
2.4.7.4 Abastecimento de água.....	128
2.4.7.5 Integração Digital.....	134
2.4.7.6 Estrutura de Saúde.....	137
3. UMA HISTÓRIA DA MEDICINA.....	155
3.1 MEDICINA: DO INÍCIO A CONTEMPORANEIDADE.....	155
3.2 UMA TRAJETÓRIA DO ENSINO MÉDICO BRASILEIRO ATÉ O CARIRI.....	166
4. FACULDADE DE MEDICINA DO CARIRI.....	204

4.1 ENSINO MÉDICO NO CARIRI, UMA ANTIGA DEMANDA.....	204
4.2 A INTERIORIZAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC).....	205
4.2.1 Curso de Medicina da UFC no interior.....	205
4.3 UM CURSO NOVO, UM CURRÍCULO TAMBÉM RENOVADO.....	211
4.3.1 Reflexões e ações a partir da nova constituinte.....	212
4.3.2 O perfil do médico em questionamento.....	214
4.3.3 Os Grupos de Estudo e a análise do currículo frente ao novo cenário da saúde.....	216
4.3.4 Novidades metodológicas na construção de um novo currículo.....	219
4.3.5 O perfil ideal de médico.....	224
4.3.6 As diretrizes curriculares.....	226
4.3.7 Princípios norteadores.....	232
4.4 ESCOLHA DA CIDADE SEDE DO CURSO FEDERAL DE MEDICINA NO CARIRI.....	233
4.5 ESTRUTURAÇÃO DO CURSO.....	239
4.6 UMA SEDE PARA A NOVA FACULDADE DE MEDICINA EM BARBALHA.....	242
4.6.1 A cessão do Colégio Santo Antônio para nova sede do curso de Medicina....	243
4.7 DESENVOLVIMENTO DA FAMED BARBALHA, EXPANSÃO DA UFC.....	253
4.7.1 Início das atividades.....	253
4.7.2 Formação do corpo docente, discente e primeiras impressões do curso.....	259
4.7.3 O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais REUNI.....	315
4.7.4 Primeiras reformas e ampliações.....	316
4.7.5 Expansão dos serviços.....	319
4.7.5.1 Ambulatórios.....	319
4.7.5.2 Programa de Residência Médica.....	322
4.7.6 Parcerias.....	328
4.8 A FAMED AVANÇA.....	333
4.8.1 Lutas e avanços. As demandas estudantis em perspectiva.....	334
4.8.2 O Centro Acadêmico Leão Sampaio (CALs).....	341
4.8.3 A FAMED Barbalha e sua transição UFC/UFCA.....	343
4.9 MUDANÇAS NA POLÍTICA DE ENSINO SUPERIOR, EXPANSÃO DA UFC NO CARIRI E CRIAÇÃO DA UFCA.....	346
4.9.1 Mudanças na política de ensino superior, expansão da UFC no Cariri e criação da UFCA.....	346
4.10 A FAMED EM TEMPOS DE UFCA.....	356
4.11 CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE) EM DIÁLOGO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS).....	358
4.12 AS NOVAS DCN.....	360
4.13 O NOVO PPC DE 2016.....	361
4.14 ESTRUTURA CURRICULAR.....	366
4.15 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE ENSINO/APRENDIZAGEM	369
4.16 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO.....	371
4.17 RECURSOS HUMANOS EM AÇÃO.....	371
4.18 INFRAESTRUTURA DA FAMED.....	373
4.19 ASPECTOS DA GESTÃO ACADÊMICA.....	383
4.20 O CAMPO ADMINISTRATIVO.....	387

4.21 ORGANOGRAMA DA FAMED.....	390
4.22 ESTRUTURA DOS COLEGIADOS.....	391
4.23 AÇÕES ACADÊMICAS.....	393
4.23.1 Pesquisa.....	393
4.23.2 Extensão.....	396
4.23.3 Rede de atenção em saúde.....	401
4.23.4 Um olhar presente.....	403
5 A INSERÇÃO SIMBÓLICA, SOCIAL E CULTURAL DO CURSO MÉDICO BARBALHENSE.....	418
5.1 A PRIMEIRA TURMA DE MÉDICOS FORMADA EM BARBALHA, UM CAMINHO PARA COMPREENDER A ORIGEM DO CURSO E CHEGAR A ALGUMAS CONCLUSÕES.....	418
5.2 UMA PALAVRA SOBRE A ATUAL SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA DO MÉDICO NO BRASIL.....	418
5.3 UM PERFIL A PARTIR DA PRIMEIRA TURMA DE MEDICINA DA FAMED BARBALHA.....	425
5.3.1 Gênero.....	426
5.3.2. Cor/Etnia.....	427
5.3.3 Crença Religiosa.....	428
5.3.4 Idade ao ingressar no curso.....	428
5.3.5 Estado Civil.....	428
5.3.6 Ingresso por transferência.....	429
5.3.7 Estudo em Escola Pública e Particular.....	429
5.3.8 Renda familiar ao ingressar no curso.....	430
5.3.9 Meio de Transporte.....	433
5.3.10 Origem e Motivação do Alunos.....	433
5.3.11 Atuação Profissional.....	437
5.3.12 Campo de Atuação.....	440
5.3.13 Renda familiar atual.....	442
5.3.14 Aspectos culturais.....	44
5.4 CULTURA, OU CULTURAS DO CURSO DE MEDICINA DA UFCA: UM COMENTÁRIO SOBRE OS ACHADOS QUE CONSEGUIMOS APRESENTAR NESTA PESQUISA.....	446

1. INTRODUÇÃO METODOLÓGICA

1.1 APRESENTAÇÃO

Nesta dissertação, intitulada CURSO DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI: SUA ORIGEM E CONSOLIDAÇÃO (2001-2018), realizamos registro e análise de processos que envolveram a constituição do curso de Medicina da Universidade federal do Cariri (UFCA) instalada na cidade de Barbalha, interior do Ceará, desde seu processo de implantação e desenvolvimento a partir do ano 2001 até o ano de 2018. Trata-se de pesquisa de cunho historiográfico de caráter qualitativo e quantitativo que aprofunda o olhar sobre estes processos que, embora relativamente recentes, representam a culminância de antigos anseios da sociedade local. Reconhecemos nesta região uma rica história onde se registra fatos relevantes inclusive no plano nacional. Aspectos geográficos, socioeconômicos e culturais tornam essa região peculiar no cenário do interior nordestino.

Colonizada desde o século XVII a região do Cariri cearense tem uma longa história de entrelaçamento com a Medicina dita formal, não prescindindo, contudo, de aspectos próprios da cultura nativa. Apesar de há muito demandado, apenas no século XXI pudemos ver instalado a região o ensino médico.

Este estudo parte de registros documentais impregnados de sentidos políticos e sociais motivadores das ações que levaram à concepção e consolidação de um curso público de Medicina para a região para em seguida ouvir as vozes de atores que participaram desse processo. Em seu discurso foi possível perceber fatores de impulso bem como resistências ao seu processo de criação e desenvolvimento. Para explorar este tema de grande complexidade e relevância historiográfica para a região do Cariri cearense procuramos limitar nosso foco ao relato de gestores, docentes e alunos egressos do curso. Buscamos na confrontação entre expectativa e realidade analisar a resultante da inserção das políticas públicas e dos processos decisórios contidos na documentação oficial no complexo mundo da vida encerrado ao contexto caririense.

1.2 OBJETO DE PESQUISA E PROBLEMA

O curso de Medicina da UFCA oferece inúmeras facetas ao olhar científico. Há inúmeras possibilidades de enfoques e análises por diferentes metodologias dada à riqueza e complexidade do tema.

O ensino público, em especial o ensino superior público, está cada vez mais no centro das discussões nacionais. Seu papel institucional e estratégico para o desenvolvimento nacional não parece ser completamente compreendido por larga parcela da população, incluindo-se aí pessoas de camadas mais favorecidas e que tiveram elas próprias acesso ao ensino superior público. É sabido que no modelo de sociedade que se desvela no século XXI o acesso à informação e à produção de conhecimento é de importância capital para o desenvolvimento das nações (APARICI, 2002). No momento em que se discutia a interiorização do ensino superior e até mesmo no ano em que foi implantado pela primeira vez cursos públicos de Medicina no interior do estado do Ceará, o Brasil tinha muito baixa taxa de escolarização superior. Tomando-se a faixa da população universitária no Brasil de 20 a 24 anos e dividindo-se pela população do país chegava-se a 14%, contra uma média de 50% dos países centro-europeus, 67% no Canadá e até 81% nos Estados Unidos da América (UNIVERSIDADE PÚBLICA, 2001. p. 7). Reconhecidamente os países mais ricos são os que mais valorizam a produção de conhecimento.

Atualmente, o acúmulo de conhecimento produzido e difundido se concentra em alguns poucos países identificados como Grupo dos Sete ou G7. De fato, 70% dos trabalhos científicos produzidos no globo aí se localizam, apesar de esse conjunto responder apenas por 14% da população mundial. (TEIXEIRA; ZAFALON, 2009, p.1).

Neste contexto, no ano índice do recorte histórico do presente estudo, 2001, um censo do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, tendo como base dados de 224 instituições de ensino superior públicas e privadas no Brasil, revelava que a universidade pública contava com 80% da produção em pesquisas, quase 60% delas confinadas na região Sudeste e tendo como liderança o estado de São Paulo. A mesma pesquisa mostrava a liderança das linhas de pesquisa em saúde, com 31% da produção, seguida de perto pela área da educação com 30% (UNIVERSIDADE PÚBLICA, 2001. p. 5). Mais recente levantamento apontaria que no Brasil 95% da produção científica provém das universidades públicas, ampliando ainda mais a desproporção (MOURA, 2019). No ranking das 100 universidades brasileiras que mais publicaram artigos científicos no quinquênio 2014-2018, há 17 apenas privadas, estando a melhor colocada em 37º lugar. Ainda assim cabem críticas especializadas e do público leigo sobre o ensino superior público brasileiro estendendo-se por diversos aspectos desde aqueles relativos à sua gestão e financiamento até aos relacionados à qualidade do ensino-aprendizagem (TEIXEIRA; ZAFALON, 2009, p.5-6).

Problematizar este tema é uma tarefa delicada. Sobre problematização FABRE (2009) considera indispensável para seu processo instaurar um: “[...] autocontrole do pensamento, uma

dialética entre dados e condições do problema, o que necessita conceber uma lógica da pesquisa, centrada na construção do problema e não sobre a respectiva resolução” (FABRE, 2009, p.19).

Michel Fabre versa sobre filosofias do problema baseando-se em Dewey, Bachelar, Deleuze e Meyet e como convergem para uma ideia de vida como adaptação ao ambiente, surgindo neste plano de imanência situações e personagens a partir dos quais dinamiza-se uma dialética de indícios e provas. O problema designaria então uma “[...] ruptura na continuidade da experiência [...] ou um “[...] desequilíbrio entre o sujeito e seu respectivo meio” (FABRE, 2009). Assim a problematização teria como intento ordenar elementos dispersos em torno de um todo coerente e a investigação, como seu conceito específico, visaria restabelecer este equilíbrio. Ainda considera em sua argumentação a ideia na qual a experiência se autocontrole evitando essa adaptação automática ao meio e seja posta em contrariedade ao cérebro, órgão das adaptações vitais. Assim o pressuposto seria submetido a uma espécie de “darwinismo da razão”, onde só valem as ideias que sobrevivem à crítica do meio científico e ainda assim são verdades provisórias, pois o próprio método consiste na constante prova e renovação das ideias. Neste ponto “a renovação exige trabalhar sem cessar o passado do pensamento: as representações, os preconceitos, o saber morto” (FABRE, 2009, p. 22). Assim, Fabre (2009) considera que:

[...] a problematização não tem como objetivo restabelecer um equilíbrio perdido, visa sim construir um equilíbrio superior. [...] visa, sobretudo, rejuvenescer o pensamento livrando-o de todos os preconceitos do mundo conservador e da história, de tudo que seja obstáculo ao seu desenvolvimento.” (FABRE, 2009, P. 22)

Se estabelecermos sobre este tema um plano de imanência de onde buscamos a razão, logo percebemos surgirem personagens e elementos que encenarão o drama dialético de onde esperamos extrair uma verdade provisória. Em cada ato temos diferentes cenários, atores e figurinos cambiantes a desfiar uma trama por vezes fugidia. Assim como Heráclito considerava a importância de conter o momento histórico em sua efemeridade, é mister do pesquisador buscar mapear cada margem, curva, nascente e foz deste curso de fatos. No curso de nosso rio histórico é mister do pesquisador julgar a cada momento os fatos em diferentes contextos, tentar transpor seus pressupostos ao esforço empírico da coleta e guardar o respeito à história contada pelos atores e testemunhas dos fatos e suas visões de mundo.

Como se espera de um tema multifacetado, como o papel da universidade pública, essa discussão se dá em vários níveis e a partir de várias vertentes. Transparecem na opinião pública representada por grande parcela da imprensa nacional e no território livre das redes sociais um vasto espectro de opiniões. Neste campo leigo, mais do que na crítica especializada as opiniões se estendem ao longo de dois polos ideológicos: Em seu polo mais conservador a discussão se

dá em torno de ideais e valores de um setor que enxerga com certo despeito a universidade pública ressaltando aspectos relacionados a sua autonomia, financiamento e prestação de contas, doutrinação ideológica, qualidade da produção científica, sua conexão ou a falta dela com seu meio social, questões relacionadas ao seu acesso, como as cotas sociais e raciais, entre outras. Sua antípoda ideológica composta também em parte por membros da comunidade científica e da gestão educacional compreende a universidade pública como o campo da diversidade, da inclusão social, da produção de conhecimento mais afinada aos anseios e problemas do meio em que se encontra, e sobretudo, acreditam na universidade pública um via de saída para os principais problemas de nossa sociedade. É neste diapasão que decidimos buscar a história da instituição do curso de Medicina pública do Cariri para além da documentação oficial, em direção à fala de suas testemunhas históricas.

Inicialmente, ao realizarmos uma ampla pesquisa exploratória sobre nosso objeto de estudo percebemos que, à parte de trabalhos jornalísticos, não há registros sistematizados sobre sua história, ou, pelo menos, do ponto de vista científico. Destarte, nosso questionamento primário seria: Como se deu a implementação e consolidação / desenvolvimento do curso de medicina da UFCA? Este problema de pesquisa mais amplo se desdobra em múltiplos, todos confluindo para a pergunta maior: Qual a história do curso de Medicina da UFCA? Esta pergunta encontra um campo amplo de registros e relatos, pulverizados em documentos e memórias, sujeitos ao esquecimento e à transformação da subjetividade com o passar do tempo. Nosso trabalho fundamental seria o de sistematizar esta história, contextualizá-la e, de certa forma, construir um ponto de partida, ou um suporte para posteriores estudos que analisem o curso de Medicina da UFCA sobre vários outros aspectos. De forma secundária, mas não menos instigante, podemos pressupor que o processo de interiorização de um curso de medicina não deve ter sido simples e desprovido de contrapressões, nem tampouco seria fruto isolado da intencionalidade governamental, encerrada em um simples ato de vontade política. Aquilatando mais ainda meus questionamentos sobre os fatores que impulsionaram a implementação deste curso, surgem pistas na questão da distribuição de médicos no interior do Ceará. À época do planejamento do processo de interiorização do ensino médico havia já um déficit de médicos, considerando as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o qual se aprofundaria com os projetos de expansão da rede primária com a então implantação do Programa Saúde da Família (PSF). Desta forma, surge um questionamento capital: a desigualdade na distribuição de médicos no interior do estado motivou a interiorização do ensino médico?

Este estudo recorre à pesquisa historiográfica documental e depoimental num esforço para recompor o quadro de forças sociais e político-governamentais concertadas responsáveis pelo planejamento, implantação e consolidação deste curso. Por fim, no âmbito do desenvolvimento do curso, buscamos avaliar o papel do curso de Medicina na criação da própria UFCA em 2013, uma vez que iniciou suas atividades como expansão do curso de Medicina da Universidade federal do Ceará (UFC) em 2001. Dentro deste processo pudemos identificar paralelos com o próprio desenvolvimento da região do Cariri cearense, sobretudo na área da saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA

Com este trabalho procuramos contribuir com a instituição da qual fazemos parte como docente desde 2006. Como aludido, do ponto de vista acadêmico, ainda não há muitas obras escritas sobre a UFCA, universidade criada em 2013, e nenhuma obra sobre a história do seu curso de medicina, primeiro curso federal em nível superior da região a compor a constelação da UFCA. Assim, para além de sua contribuição na área da saúde, este curso tem grande relevância social para a região. Há de fato um vasto campo de estudos para se investigar seu papel nos planos social, econômico, cultural, e notadamente na sua contribuição para a saúde da região. Este projeto não tem a intenção de abarcar todos estes campos, antes visa fornecer uma análise de sua história, a partir da qual novos estudos poderão investigar tais campos e preencher estas lacunas do conhecimento. Pessoalmente, como médico e professor, filho de médico e professora, busco neste trabalho pistas de minha própria matéria e a ressignificação de meus propósitos profissionais no ensino da arte e ciência médica.

1.4 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

Esta pesquisa de caráter qualitativo e quantitativo tem como principal objetivo reconstruir e analisar de forma sistematizada a história da criação, implantação e desenvolvimento do curso de Medicina da UFCA. Mais especificamente objetiva-se:

- Contextualizar a região do Cariri cearense em seus aspectos geográficos, socioeconômicos, políticos, etnográficos e históricos, sobretudo de como evoluiu a região em infraestrutura e recursos humanos (na área da saúde).
- Descrever de forma breve um histórico do ensino médico no Brasil, desde sua chegada com a corte portuguesa no início do século XIX, no estado do Ceará na

primeira metade do século XX, até sua chegada na Região do Cariri apenas no século XXI, contextualizando a relação de seus serviços de saúde com as primeiras iniciativas de ensino médico na região.

- Reconstruir em específico a história do curso de Medicina público do Cariri desde os primeiros movimentos, do planejamento da expansão a partir da UFC para o interior do estado, a construção de seu currículo, seu processo de implantação, consolidação, a influência das reformulações políticas no Ministério da Educação no seu desenvolvimento e sua transição para a UFCA em busca de uma identidade regional.
- Analisar a história sistematizada do curso de Medicina da UFCA a partir das vozes de seus atores por meio dos referenciais teóricos (Julia, Silva, Nóvoa e Escolano) que estudam a cultura das instituições. A partir desta visão guiada pelo referencial teórico escolhido fazemos uma reflexão do percurso contido entre aspirações e conquistas reais e de como se materializou esta iniciativa de interiorização do ensino médico, sua viabilização e a busca de sua identidade.

1.5 METODOLOGIA

Dividimos este estudo em algumas fases consecutivas. Começamos pela fase heurística com levantamento documental disponível em meios físicos e eletrônicos acerca da história da região do Cariri cearense e da instituição do curso desde seu planejamento. Foi realizado também levantamento documental por meio do banco de dados da Capes (dissertações e teses) e do Scielo, pondo foco no estudo de cursos de Medicina e sobre interiorização do Ensino Superior, além de outras fontes documentais como notas de jornais, Diários Oficiais do Estado do Ceará entre outros arquivos eletrônicos. Também foram consultados os dispositivos legais que determinam as políticas públicas.

Dentro da proposta de busca documental está incluída uma pesquisa iconográfica, no sentido de melhor ilustrar os dados sobre a região e o objeto de estudo.

Em seguida empreendemos pesquisa exploratória por meio de um questionário aplicado para 37 (trinta e sete) dos 40 ex-alunos egressos da primeira turma do curso de Medicina da UFCA e de entrevistas semiestruturadas com seis informantes, entre gestores e docentes da instituição. Estes sujeitos de pesquisa em especial foram elencados com base em sua participação na história deste curso desde seu início, no planejamento e implantação, mas

também durante seu desenvolvimento, criação da UFCA, até a conclusão do nosso recorte histórico, em 2018.

A partir deste conjunto de dados procedemos à sua análise e interpretação em face dos nossos referenciais teóricos que analisam a cultura das instituições escolares por meio das quais pudemos clarificar nossos objetivos de estudo. Ao final temos substância para tecer considerações mais precisas sobre o nosso objetivo mais amplo de análise histórica do curso de Medicina da UFCA.

No sentido de percorrer este tema com propriedade e afincado ao rigor científico buscamos estudá-lo por metodologia consagrada cientificamente, sobre a qual buscamos paralelo e em alguns momentos adaptação do suporte teórico, transpondo da literatura registrada um olhar para nossa realidade.

1.5.1 Pesquisa exploratória para abordagem do tema

Inicialmente como atividades de Grupo de Pesquisa e em pesquisa exploratória para meu projeto de dissertação de mestrado realizei extensa pesquisa por meio de bases de dados do portal da CAPES, google acadêmico e biblioteca virtual da UNISANTOS utilizando os descritores: Medicina, cursos de Medicina, educação médica, ensino médico, UFC, UFCA e história da Medicina. Obtive 126 textos entre artigos, dissertações e teses, os quais classifiquei em pastas distintas para análise dos títulos e seus resumos.

Em sua quase totalidade os trabalhos abordavam aspectos específicos dos cursos de Medicina nas categorias de currículo, didática, formação docente, ações afirmativas e políticas estruturantes no ensino superior. Procurei incluir em minha leitura para esta dissertação temas que me fornecessem dados especialmente sobre a interiorização do ensino médico.

Dentre todos os trabalhos destaco aqueles que mais se aproximam dos propósitos do meu projeto de pesquisa, e que me serviram de modelo e inspiração. Trata-se da tese de doutoramento de Marcelo José Araújo, intitulada A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (1948 – 1975), que utiliza as seguintes palavras-chave: Instituição Escolar, História, Filosofia e Educação; e da dissertação de mestrado profissional em políticas públicas e gestão da educação superior de Carlos Antônio de Queiroz, intitulada Análise da Interiorização do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará no Município de Sobral, que utiliza as palavras-chave: Políticas Públicas, Interiorização e Curso de Medicina.

A tese de Marcelo José Araújo faz um levantamento histórico do processo de criação, instalação e desenvolvimento da referida instituição. Para realizar sua argumentação e trabalho

o pesquisador parte da contextualização mais ampla da sua região em seus aspectos históricos, sociais e políticos, para enfim chegar ao seu enfoque principal que é o recorte histórico da criação e desenvolvimento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Sua descrição cruza aspectos políticos para a criação da instituição, a formação de seu corpo docente e discente, sua estrutura didática e pedagógica, dando destaque ao contexto histórico da época, quando havia uma demanda por combate às endemias rurais. Há vários pontos em comum com meu projeto de pesquisa pois, da mesma forma, objetivo realizar uma contextualização geográfica e histórica da minha região, acrescentando dados socioeconômicos que permitam conhecer mais sobre a demanda de um curso de Medicina. Para esta parte do trabalho constam dados consolidados de domínio público disponíveis para levantamento bibliográfico em várias fontes de dados virtuais.

A dissertação de Carlos Antônio de Queiroz analisa a interiorização do ensino médico tomando por base o curso de Medicina na cidade de Sobral-Ceará, instalada concomitantemente ao curso de Medicina da UFCA na cidade de Barbalha, fazendo parte inclusive do mesmo processo de expansão da UFC. Trata-se de pesquisa descritiva, empírica, bibliográfica, documental e quantitativa, tendo como universo os médicos egressos do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará, campus de Sobral, que colaram grau nos anos de 2006, 2007, 2008 e 2009. Seu autor realizou inicialmente pesquisa bibliográfica e documental, tendo como foco principal breve revisão histórica dos cursos de Medicina no Brasil, a origem do curso de Medicina no Estado do Ceará para então abordar sua implantação no Município de Sobral. O meu objeto de estudo, o curso de Medicina da UFCA tem um paralelo com o curso estudado por este autor até certo ponto. Mas condições socioeconômicas e políticas se fizeram presentes a ponto de alçar o curso o qual estudo a compor uma universidade federal, a UFCA, fato que não ocorreu na região norte, onde se situa Sobral. Foi do meu desejo buscar também tais informações. O pesquisador Carlos Antônio de Queiroz por meio de análise dos dados coletados em sua pesquisa considerou confirmados seus pressupostos de que o processo de interiorização do curso de Medicina foi medida acertada, sobretudo na área de recursos humanos passando pela oportunidade de acesso da população da região ao referido curso, na atenção, atendimento, prevenção, promoção e assistência à saúde da população local, mas também de relevância quanto ao estímulo ao desenvolvimento econômico e social da região, e, principalmente com a fixação do médico no interior do Estado. A exemplo da região norte do estado do Ceará, há da minha parte a percepção de que a região do Cariri tem seu desenvolvimento amplo também tocado pela presença de um curso público de Medicina, fato de interesse do meu estudo. Também é nosso objetivo fazer uma breve descrição histórica sobre a Medicina no Brasil, a

instalação de suas primeiras instituições de ensino e como se deu o processo de interiorização do ensino médico.

Quanto ao suporte teórico, a tese de Marcelo José Araújo faz um abrangente apanhado sobre processos históricos e sua bibliografia traz fontes relevantes que podem ser acessadas por meio eletrônico nas áreas de história e historiografia da educação, análises das instituições escolares em referenciais como Bobbio, Buffa, Burke, Cardoso, Demo, Eco, Lombardi, Manacorda, Nosella, Nóvoa, Nunes, Saviani e Warde. Já Carlos Antônio de Queiroz utiliza mais como referência bancos de dados oficiais, resguardando suporte teórico mais fortemente para a caracterização de sua pesquisa quando cita Demo, Gil, Kerlinger, Lakatos e Marconi, Martins, Witter, Richardson, Rossi e Selltiz.

Para minha pesquisa interessou-me mais a teoria de Nóvoa (1999), versando sobre a cultura organizacional da escola, a qual complemento com a abordagem de Escolano (2017) sobre cultura escolar. Transpondo essas teorias para a realidade do ensino superior abrem-se campos de estudo para a leitura sistematizada da realidade que compõe meu objeto de pesquisa. Interessou-me nos referidos trabalhos o profícuo trabalho de levantamento de documentação oficial da criação e implantação destes cursos, que trazem implícitos o pensamento político da época. Outro ponto de interesse foi a utilização de entrevistas para evocar a memória de personagens envolvidos nos processos de criação e desenvolvimento da faculdade.

Ressalto que o autor Marcelo José Araújo se utiliza da teoria das representações sociais para analisar os dados obtidos. Meu objetivo é bem mais modesto, apenas de registrar e analisar a fala dos informantes acerca de marcos fundamentais para os processos de criação e desenvolvimento do curso de Medicina da UFCA e aí buscar interfaces entre a proposição oficial, as expectativas iniciais destes atores em confrontação com a realidade atual. Para tanto utilizarei as recomendações de Szimanski,(2001).

A partir do levantamento documental e iconográfico, utilizando-se do método histórico documental, foi possível compreender melhor como se deu a criação deste curso desde o acolhimento das demandas regionais pela UFC, o perfil dos atores envolvidos neste processo e como as diferentes esferas do poder constituído atuaram para sua instalação e manutenção. Buscamos então aprofundar nossa pesquisa por meio de dados fornecidos por questionários e entrevistas, depoimentos que permitiram registrar aspectos objetivos e subjetivos que se traduziram em fatores de impulso e também de resistência ao seu processo de criação e desenvolvimento.

1.5.2 Escolha metodológica

O trabalho empreendido, de cunho histórico, valoriza a História Oral tendo como ato fundador projeto que visa articular o conhecimento gerado a partir da pesquisa documental em cruzamento com a análise de entrevistas e questionário caracterizando-se como um trabalho de história oral híbrida como considera MEIHY (2011). Desta forma pretende-se ampliar o conhecimento sobre contexto estudado a partir do registro histórico documental e da vivência de atores históricos privilegiados no processo. Por meio desta metodologia buscamos dar azo ao contraditório e ir além do conhecimento contido no rigor dos documentos oficiais. Ao versar sobre a história oral intelectual ou acadêmica o mesmo autor alerta: “A história oral acadêmica produzida como estudo exige fundamentação teórica comprovada e difere nas intenções da solução institucional” (Meihy, 2011, p.48). Já Marques (2018), em artigo, evoca a contribuição do pensamento social em saúde a partir de uma perspectiva histórica, ultrapassando o conceito de registro de sucessivos fatos e aprofundando a análise de aspectos contextuais.

O campo de conhecimento da saúde coletiva se apoia nas contribuições teórico-metodológicas que compreendem o princípio do processo saúde/doença e a dimensão do acesso aos serviços de saúde como resultados da produção social e histórica de determinada realidade, no caso, a brasileira. O conhecimento histórico no campo da saúde, anteriormente aos anos 1960-1970, pautava-se, como foi dito, em uma compreensão acumulativa, evolutiva e linear, dos processos históricos. Diferentemente disso, os estudos da saúde coletiva buscaram a interpretação dos eventos e fenômenos de saúde articulados a seus contextos, tirando os aspectos hermético e naturalizado que os objetos apresentavam anteriormente. (MARQUES et al, 2018, p. 355).

Considerando-se o amplo cenário em que se insere o objeto de estudo e suas conexões com diversas vertentes do conhecimento disciplinar, optou-se por uma abordagem qualitativa, por meio de pesquisa histórica, documental e depoimental, mas não prescindindo da coleta de dados quantitativos que podem fornecer subsídios para análises paralelas aos dados obtidos em entrevistas. Desta forma, sobressaiu-se o estudo de caso como proposta de pesquisa de nosso objeto, que possibilitaria firmar um fundamento para estudos posteriores através de diversos outros prismas investigatórios.

1.5.3 Coleta de dados

Após a análise inicial já descrita sobre as produções científicas coerentes com nosso objeto de estudo, conforme já descrito, passamos a coletar dados mais específicos sobre o curso de medicina da UFCA, a região do Cariri cearense e os registros políticos atinentes à sua

implantação. A coleta de dados foi planejada e realizada em duas fases, seguidas de análise dos dados:

Na primeira houve um levantamento documental por meio do banco de dados da CAPES (dissertações e teses), google acadêmico, biblioteca virtual da Universidade Católica de Santos (UNISANTOS) e do Scielo, além de outras fontes documentais como notas de jornais, Diário Oficial do Estado do Ceará (2009, 2015) e outros arquivos eletrônicos. Obtive 18 artigos abordando temas afetos ao Cariri cearense em seus aspectos geográficos.

Além destas, foram também selecionadas algumas fontes as quais utilizo para tecer o capítulo que descreve aspectos históricos e geográficos da região do Cariri. Já temos os primeiros dados levantados por meio de consulta no site do IBGE, e em outras páginas eletrônicas (DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO CEARÁ, DIOCESE DO CRATO) conforme já expusemos em outros encontros do grupo de pesquisa. Estes que ora apresento são as publicações:

- 1- DIÁRIO DE VIAGEM DE **FRANCISCO FREIRE ALEMÃO**. CRATO-RIO DE JANEIRO 1859-1860. TOMOS I E II. Aspectos naturalísticos e comportamentais do Cariri do século XIX.
- 2- EFEMÉRIDES DO CARIRI. **IRINEU PINHEIRO**. COMPREENDE DOS ANOS 1702 A 1954.
- 3- O CARIRI. **IRINEU PINHEIRO**. Historiografia do povoamento indígena, colonização, revoltas no primeiro império, nova república, sedição do Juazeiro, etc...
- 4- DORMINDO À BORDA DO ABISMO: A MEDICINA NO CARIRI CEARENSE 1800-1900. **JOSÉ FLÁVIO VIEIRA**. Relatos da medicina nativa, da medicina primitiva dos primeiros colonizadores, os primeiros médicos e casas de saúde.
- 5- REVISTA ITAYTERA – Periódico oficial do Instituto Cultural do Cariri (Bimestral). Adquirimos o acervo completo, 46 edições, em versão digitalizada. Em especial as edições: REVISTA ITAYTERA Nº 43, DE 1999. ESTRATIGRAFIA E A PALEONTOLOGIA DA CHAPADA DO ARARIPE. ANO 1999. Aspectos da riqueza mineral e fóssil do Cariri e REVISTA ITAYTERA. CRATO 250 ANOS. Nº 45, ano 2001/2015. Relatos da visita do naturalista inglês George Gardner ao Cariri em 1836, entre outros naturalistas. Comentários sobre o padre Ibiapina e o padre Cícero.
- 6- CARIRI, CARIRIS: OUTROS OLHARES SOBRE UM LUGAR (IN)COMUM. **SÔNIA MENEZES (ORG)**. Comenta sobre o povoamento do Cariri cearense e suas diferenças do Cariri paraibano. Comentários sobre a economia, revoluções, educação, educação superior e igreja.
- 7- CARIRI: CANGAÇO, COITEIROS E ADJACÊNCIAS. **NAPOLEÃO TAVARES NEVES**. Passagens de Lampião pelo cariri.
- 8- REVISTA A PROVÍNCIA. Nº 19, JULHO 2001. Fundação da primeira rádio do Cariri; Fideralina Augusto, uma *coronela* no Cariri; Primeira agência do Banco do Brasil.

- 9- PADRE IBIAPINA, PEREGRINO DA CARIDADE, 1995. **Pe. F. SADO DE ARAÚJO**. Narra a história do missionário do Nordeste. Suas obras inspiraram o Pe Cícero, e suas casas de caridade deram lugar aos primeiros hospitais.
- 10- O CRATO INTELLECTUAL. **RAIMUNDO DE OLIVEIRA BORGES**. Traz dados bio-bibliográficos de personalidades envolvidos com a educação, artes, medicina, direito, política, etc...
- 11- ALMANAQUE DO CARIRI, 1949. Traz descrições detalhadas de dados geográficos, históricos, políticos da região, com destaque a um histórico do primeiro hospital do Cariri.
- 12- DR. ANTÔNIO JOSÉ GESTEIRA. PRIMEIRO GRANDE CIRURGIÃO GERAL DO CARIRI. OPÚSCULO, 2008. TEXTOS DE ANTÔNIO LUIS BARBOSA FILHO.
- 13- ANUÁRIO DO CEARÁ 2017.
- 14- GUIA INVESTIMENTOS CEARÁ / Revista O POVO, 2018.

Dentro da proposta de busca documental está incluída uma pesquisa iconográfica, no sentido de melhor ilustrar os dados sobre a região e o objeto de estudo. Também, foram consultados os dispositivos legais que determinam as políticas públicas, como é o caso do REUNI (BRASIL, 2007, 2011), atas do CONSUNI/CONSUP/UFC, acordos institucionais, etc...

Levando-se em conta a amplitude e complexidade do tema escolhido optamos por iniciar o trabalho através de duas estratégias já consagradas pela escrita científica a respeito das teorias da pesquisa nas áreas dos fenômenos educacionais na interface com a saúde, a cujo respeito cabem aqui algumas considerações que as diferenciam. A primeira diz respeito à pesquisa documental, dos quais serão extraídos pontos de importância relativos à temática pesquisada. Segundo Pádua (1997) pesquisa documental é aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não fraudados); tem sido largamente utilizada nas ciências sociais e na saúde, na investigação histórica e exploratória, a fim de descrever/comparar fatos, eventos e determinantes, estabelecendo suas características ou tendências. A segunda estratégia é a metassumarização. Gil (2002) ressalta que a pesquisa documental se assemelha muito à pesquisa de metassumarização de evidências. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes: enquanto a pesquisa metassumarização se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos achados sobre determinado assunto em forma de mapas cognitivos e/ou conceituais, a pesquisa documental vale-se de materiais acreditados pelas instituições e suas bases de dados, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa. Definindo melhor

as possíveis fontes, o mesmo autor acrescenta: O desenvolvimento da pesquisa documental segue os mesmos passos da pesquisa de revisão sistemática. Apenas cabe considerar que, enquanto na pesquisa de revisão sistemática as fontes são constituídas sobretudo por material impresso localizado nas bases de dados indexadas, na pesquisa documental as fontes são muito mais diversificadas e dispersas em suas aplicabilidades eletrônicas. Há, de um lado, os documentos "de primeira mão", que não receberam nenhum tratamento analítico e de outro lado, há os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados, tais como: indicadores, relatórios, tabelas estatísticas etc. Desta forma, entende-se que na pesquisa documental o material é coletado na forma 'in natura' na qual se encontra disponível, enquanto na pesquisa de revisão sistemática, este já sofreu um tratamento mais aprimorado para o pronto uso da leitura e filtragem de dados, como no caso das bases de dados já citadas para esta pesquisa..

Na segunda fase, realizou-se uma de campo por meio de um questionário aplicado para trinta e cinco ex-alunos egressos da primeira turma do curso de Medicina da UFCA e entrevistas semiestruturadas com seis gestores e docentes presentes desde o início do processo de implantação do curso como expansão da UFC e que vivenciaram seu desenvolvimento até o momento da criação da UFCA.

O modelo de questionário permitiu perceber dos egressos da primeira turma aspectos socioeconômicos, formativos e culturais através de questões fechadas, bem como de suas perspectivas e seu imaginário à época da implantação do curso, desta feita através de questões abertas. Severino (2016) descreve o questionário como um conjunto de questões sistematicamente articuladas com objetivo de levantar informações escritas por parte dos sujeitos pesquisados. Segundo o autor, estas questões devem ser claras e pertinentes ao objeto de estudo, podendo ser abertas ou fechadas.

A fase de entrevistas, posterior à coleta dos dados de questionário dos ex-alunos, possibilitou contribuir adicionalmente na interpretação e análise dos dados advindos dos egressos. Atentando para o surgimento de questões acessórias que necessitem deter-se com mais vagar e atenção surgidas ao longo deste caminho indutivo, não foi desconsiderada a possibilidade de voltar a entrevistar novamente os sujeitos.

Para as entrevistas elegemos como sujeitos de pesquisa docentes e funcionários que estiveram presentes nas diversas fases de estruturação do curso de Medicina, podendo testemunhar fatos e descrever contextos de tais épocas, descrevendo de forma mais vívida o sentimento histórico em seu entorno com toda a sua complexidade. Para este grupo optamos por colher os dados por meio de entrevistas semiestruturadas. Sobre entrevista Severino (2016)

a considera como técnica de coleta de informações sobre determinado assunto diretamente solicitadas aos sujeitos pesquisados. Visa, segundo o autor, apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam. Portanto, nossa proposta foi estruturar um estilo de entrevista que transite entre as modalidades estruturada e não diretiva, com questões direcionadas e previamente estabelecidas para percorrer tópicos fundamentais para a construção do nosso registro histórico, mas também permitindo uma maior liberdade ao entrevistado para discorrer sobre sua memória dos fatos narrados.

Szymanski (2001) nos apresenta uma forma sistematizada de entrevista desenvolvida em anos de projetos e orientações de pesquisas qualitativas que chama de *entrevista reflexiva*. A autora caracteriza o método como uma solução para o estudo de significados subjetivos e de tópicos complexos demais para serem estudados por instrumentos fechados. Desta forma, destaca que a entrevista vai além da coleta “neutra” de informações ao criar um ambiente propício para que o entrevistado percorra uma “arena de conflitos e contradições” criada tanto previamente como no ato e trazendo ao corpo da sua fala também suas emoções, sua subjetividade e intencionalidade. Esta interação *face a face*, social, “influencia tanto o seu curso como o tipo de informação que aparece”, requerendo um “contínuo ajuste de ações e emoções” (Szymanski, 2001).

A preparação para as entrevistas, segundo Meihy (2011) envolve etapas prévias ao encontro com o entrevistado e à coleta efetiva das informações assim como contatos posteriores a este momento. Este autor recomenda que o trabalho se desenvolva três etapas: pré-entrevista, a entrevista e pós-entrevista. A primeira etapa envolve as primeiras abordagens com explanação do projeto e intenções, bem como as condições de segurança das informações, fase onde se busca a anuência do entrevistado. Todas as informações sobre o projeto devem ser explicitadas de forma clara e respeitosa, ressaltando a importância do entrevistado para os fins do empreendimento científico. No momento da entrevista aspectos como pontualidade, apresentação do tema, teste dos equipamentos conferem o sentido de profissionalismo necessários ao ambiente de confiança e respeito aos acordos e propósitos que envolvem o projeto. Uma preleção, ou conversa introdutória podem, segundo este autor, criar um clima favorável ao diálogo e à linha ou tom desejado com a entrevista. Meihy (2011) reitera a necessidade de controle do tempo da entrevista, sempre dosando o ritmo conferido pelo entrevistado e o deixando à vontade para que seu discurso flua efetivamente. Captados sinais de indisposição vindos do entrevistado, dúvidas ou quaisquer ruídos na informação é recomendado interromper a entrevista e, conforme a disponibilidade do entrevistado, retomar o assunto em encontro posterior. Na pós-entrevista, o autor recomenda agradecer ao

entrevistado por sua colaboração, mesmo após findo o contato pessoal, por meio de telefonema, carta ou outro meio. Ressalta neste tópico a necessidade de manter contato com o entrevistado tanto pela possibilidade de haver de retornar ao assunto para dirimir questões obscuras, bem como pela necessidade de validação posterior do texto final. Procuramos de fato observar este cuidado. Ao transcender a coleta dos dados do oral para o escrito Meihy (2011) recomenda também três passos: a transcrição, a textualização e a transcrição.

A primeira tarefa, a de transcrição, é caracterizada por um trabalho longo e exaustivo de conversão do conteúdo sonoro gravado em texto escrito *ipsis litteris*. A transcrição deve conter o conteúdo integral do encontro entre entrevistador e entrevistado, todo o campo onde se dá a interação de suas subjetividades. Nada deve escapar à atenção do entrevistador. Ironias, diferentes entonações, palavras de duplo sentido, enfim, tudo que ajude a compor o sentimento e ideal do entrevistado deve ser levado em conta. É recomendado que esta passagem compreenda não apenas o diálogo, objeto de maior interesse ao pesquisador, mas também dos diversos sons que envolvem o ambiente da entrevista. Apesar de parecerem desimportantes a uma primeira audição, os sons acessórios ajudam a recompor o *clima* ou *cenário* deste encontro com todas as suas nuances, fortalecendo o contexto da entrevista. Além do registro desta paisagem sonora, Meihy (2011) recomenda fazer uso de um caderno de campo, caso não se grave a entrevista em vídeo. Por meio dele é possível tomar nota de aspectos visuais do ambiente, expressões marcantes do entrevistado (tais como pausas prolongadas, expressões faciais, suspiros, risos, etc...), entre outros acontecimentos que escapam à estrita gravação sonora.

Ao planejar a entrevista o pesquisador deve estar atento para o fato de que da transcrição, apesar de seu caráter mais técnico e para muitos menos interessante, depende toda a base para a construção dos passos seguintes para compor um texto correto e cientificamente rigoroso. Meihy (2011) atenta ao entrevistador de que uma hora de gravação pode desdobrar-se em até cinco horas de trabalho de transcrição. Este autor argumenta que a transcrição pode até ser feita por terceiros, mas deve ser integralmente conferida e revisada pelo pesquisador, a quem cabe a responsabilidade final sobre o documento. O trabalho de conferência não é menos árduo, exigindo muita atenção. Eventuais diferenças entre os registros oral e escrito devem ser negociadas neste momento, entendendo que toda entrevista deve ser compreendida no contexto em que foi produzida, pois a transcrição não pode abarcar-lo em si isoladamente. Assim, a transcrição de uma entrevista encarada como documento final e absoluto quedaria incompleta. “Simplesmente não existe possibilidade de o escrito dimensionar exatamente o que foi falado” (Meihy, 2011. Pg. 107).

Na fase de textualização a fala do entrevistado é fundida ao texto de forma contextualizada, eliminando-se decerto as perguntas e organizando o fluxo de ideias conforme suas indicações temáticas e cronológicas. O texto criado mantém a fala do entrevistado na primeira pessoa consoante ao tema pesquisado em seus tópicos. Trata-se de um momento de interface entre teoria estudada, os dados coletados e então as subjetividades de pesquisador e entrevistado em diálogo. Esta complexa fase busca uma síntese temática que dê sentido à entrevista, funcionando como guia para a leitura do trabalho de forma mais envolvente e provocadora. Este objetivo mostra-se cristalizado no tom vital, correspondente à frase que serve de epígrafe para a leitura da entrevista. Seria uma única frase que organiza o critério de percepção do leitor acerca do texto apresentado. Ainda na fase de textualização Meihy (2011) recomenda o respeito ao modo de se expressar do entrevistado com seus possíveis erros, vícios e formas de expressão, considerando que também aí está a expressão de seu pensamento. Contudo, na construção do texto e consecução desta fase é necessário sempre dosar com bom senso tais variantes a fim de não prejudicar o teor das ideias em função de um ideal falso de rigor e fidelidade à norma culta ou à transcrição da entrevista. O sentido da ideia em seu contexto deve aí prevalecer.

O passo seguinte é a transcrição. Neste momento o autor interfere na entrevista para recriar o texto em sua plenitude com a incorporação de elementos extra-textuais que compuseram o momento da entrevista, como por exemplo, anotações no caderno de campo sobre o ambiente em que foi realizada a entrevista, momento do dia, clima, sons, gestuais, etc... O objetivo deste passo metodológico é recriar de forma vívida a atmosfera do contexto da entrevista por meio do resgate do ambiente visual, sonoro e expressivo que não se repete em cada encontro. Meihy (2011) considera a transcrição como momento de transformação final do oral em escrita trazendo para a performance da entrevista toda a sua energia e as sensações do momento em que aconteceu. Desta forma renova-se o compromisso no qual a ideia, e não apenas as palavras, devem respirar no texto. O autor ainda nos alerta que nesta fase é fundamental o aval do entrevistado enquanto fonte das informações e da ideia geral colhida por entrevista. Sua conferência é momento de revisita do diálogo gerador do texto em todas as suas facetas, e tem capital importância para a elaboração do texto final. Esta etapa de validação é de suma importância para se considerar a produção de conhecimento novo.

O presente projeto seguiu cuidadosamente tais prescrições no intuito de, através da representatividade da fala, organizar ideias, construir o discurso dos entrevistados e recortar a experiência colhida para a consecução deste processo de produção de significado. Em nosso

estudo questionários e entrevistas exerceram duplo papel: complementar dados oficiais registrados (cultura escolar/etnografia) e registrar quem são estes sujeitos.

Empreendemos pesquisa de campo por meio de um questionário para 37 (trinta e sete) dos 40 (quarenta) ex-alunos egressos da primeira turma do curso de Medicina da UFCA. Este foi o número de alunos dos quais conseguimos obter o contato telefônico o de endereço eletrônico. Também realizamos entrevistas semiestruturadas com seis gestores e docentes, privilegiando aqueles presentes desde o início do processo de implantação do curso como expansão da UFC e que vivenciaram seu desenvolvimento até o momento da criação da UFCA, alguns deles inclusive, egressos desta mesma instituição da qual outrora foram alunos.

1.5.4 Caracterização da pesquisa

A pesquisa é caracterizada por uma abordagem qualiquantitativa de cariz historiográfico, numa vertente da história oral.

Como está implícito no próprio termo, a história oral é uma forma específica de discurso; história evoca uma narrativa do passado; oral indica um meio de expressão. No desenvolvimento da história oral, como um campo de estudo muita atenção tem sido dedicada as suas dimensões narrativa e linguista. (PORTELI, 2001, p.10)

Para o presente projeto parece pertinente utilizar esta metodologia porquanto o objeto de estudo guarda relações com uma complexa rede disciplinar em suas diversas facetas sociais, econômicas, históricas entre outras. Considerou-se, modestamente, o propósito de fundamentar estudos posteriores nestas diversas áreas. Assim, os depoimentos colhidos por meio de questionários e entrevistas semiestruturadas poderão fornecer dados interpretativos do momento vivido desde os primeiros processos de implantação até a consolidação e desenvolvimento do curso de Medicina da UFCA.

1.5.5 Análise dos dados

A fase final consiste da análise dos dados coletados em questionários e entrevistas, e a elaboração final do texto. Como já dito, no âmbito da construção da história do Curso de Medicina da UFCA, não temos a pretensão de esgotar o assunto nem tampouco realizar o registro completo, acabado e definitivo de um tema tão vasto. Antes, nossa proposta é de lançar um ponto de partida, um fundamento, à guisa de primeiro passo para que outras obras científicas a completem. A realização desta pesquisa visou a clarificar o papel do curso de Medicina, inicialmente implantado como uma expansão do curso de Medicina da Universidade Federal

do Ceará (UFC), na fundação da UFCA, num contexto da política de interiorização do ensino superior a partir das novas propostas da Secretaria de Ensino Superior- SESu, a exemplo do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), e suas interfaces com o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). O projeto intenciona mostrar aspectos da constituição do curso em questão, colocando o foco na formação e preparação de seu corpo docente, e após sua fundação, como se dá o seu processo de consolidação e desenvolvimento em ambientes políticos cambiantes. Assim, analisado o conteúdo do discurso de seus atores e em face dos dados documentais coletados passamos a analisa-los à luz das teorias elencadas.

1.6 SUPORTE TEÓRICO

Ao empreender este trabalho buscamos fontes teóricas que nos ajudassem a perceber as características institucionais e nuances que permitissem compreender a identidade do curso estudado e suas relações com o contexto que o envolve. Enfim, compreender o que o torna particular e relevante para o estudo de caso.

Os principais referenciais teóricos que dão sustentação para o desenvolvimento deste trabalho são Julia (2001), Silva (2006), Nóvoa (1999) e Escolano (2005; 2017), que versam sobre História e Organização das Instituições de Ensino Superior, e cultura escolar como objeto histórico, conforme apresentamos neste quadro teórico:

Tabela 1: Quadro de autores(as) e conceitos

Autor(a)	Conceito
Julia, Dominique (2001)	Cultura escolar como objeto histórico
Silva, Fabianny (2006)	Escola como fundadora de cultura própria
Nóvoa António (1999)	Cultura organizacional da escola
Escolano, Benito (2005; 2017)	Prismas culturais da escola

Fonte: própria do autor

1.6.1 Dominique Julia

Dominique Julia (2001) considera a cultura escolar como objeto histórico, indissociável do tempo e espaço que ocupa. A partir do estudo das relações pacíficas ou conflituosas que a movimentam ao longo de sua existência pode-se conhecer muito não apenas da instituição, como sendo um fim em si mesmo, mas avançar na compreensão do contexto social e político que a envolve. No artigo intitulado *a cultura como objeto histórico* o autor desenvolve

argumento por meio de três eixos: normas e pelas finalidades que regem a escola, o papel desempenhado pela profissionalização do trabalho do educador e análise dos conteúdos ensinados e das práticas escolares. Por meio deles descreve a cultura escolar como um conjunto de normas que definem conhecimentos a ensinar e condutas a inculcar, e um conjunto de práticas que permitem a transmissão desses conhecimentos e a incorporação desses comportamentos.

É necessário, justamente, que eu me esforce em definir o que entendo aqui por cultura escolar; [...] cultura escolar não pode ser estudada sem a análise precisa das relações conflituosas ou pacíficas que ela mantém, a cada período de sua história, com o conjunto das culturas que lhe são contemporâneas: cultura religiosa, cultura política ou cultura popular. [...] poder-se-ia descrever a cultura escolar como um conjunto de normas que definem conhecimentos a ensinar e condutas a inculcar, e um conjunto de práticas que permitem a transmissão desses conhecimentos e a incorporação desses comportamentos; normas e práticas coordenadas a finalidades que podem variar segundo as épocas (finalidades religiosas, sociopolíticas ou simplesmente de socialização). Normas e práticas não podem ser analisadas sem se levar em conta o corpo profissional dos agentes que são chamados a obedecer a essas ordens e, portanto, a utilizar dispositivos pedagógicos encarregados de facilitar sua aplicação, a saber, os professores primários e os demais professores. (JULIA, Dominique, revista brasileira de história da educação n°1 jan./jun. 2001, p. 10-11)

Em sua argumentação o autor faz uma análise da cultura escolar compreendendo períodos moderno e contemporâneo, entre os séculos XVI e XIX.

Por meio de análise documental pondo em evidência os processos de profissionalização de professores, suas relações com particulares, igreja e estado, também dos conteúdos ensinados e das práticas escolares o autor demonstra como a evolução das instituições reflete as mudanças políticas, sociais e culturais ao longo do tempo. Depreende-se da análise de Julia (2001) que o estudo da cultura escolar permite avançar na compreensão histórica institucional e também social. Tais transformações sociais ao longo do tempo influenciam os propósitos oficiais impostos às instituições, no modo como seu corpo de mestres é concebido e constituído, os espaços e tempos escolares, e como são recebidos e tratados os alunos. O estudo de Dominique Julia nos auxilia a perceber não apenas aspectos isolados de como se dá a evolução do ensino, mas como os projetos pedagógicos refletem a realidade histórica do campo estudado.

A abordagem que acabamos de fazer mostra bem o quanto seria falso imaginar o universo jesuíta como um mundo fechado, fechado aos ruídos do exterior, e isto me leva a abordar a segunda pista de trabalho que gostaria de propor para reflexão: temos sempre tendência, ao lermos textos normativos ou projetos pedagógicos, de destacar a tentação “totalitária” [...] que os caracteriza. Mas os tempos de crise nos revelam também o quanto, ao menos até a aurora do século XX [...] resistências e contradições atravessaram a aplicação dessas ambições. (JULIA, Dominique, revista brasileira de história da educação n°1 jan./jun. 2001, p. 23)

O objeto de estudo desta pesquisa se situa em um lapso de tempo bem mais estreito, mas suficientemente estendido para perceber transformações na percepção da relevância da

distribuição e inserção do ensino superior em nosso território e como sociedade e diferentes governos as concebem. Estas variações estão impressas nas decisões político-administrativas que traçaram o destino da instituição que estudei. Sua compreensão é fundamental para análise de futuras políticas que incidem sobre ela à medida em que se dilata sua história.

1.6.2 Fabiany Silva

Em artigo Fabiany Silva (Silva, 2006) reconhece o surgimento dos trabalhos sobre cultura escolar na década de 1980, ainda consolidando-se nos anos 1990 e expandindo-se em variadas tendências investigativas. Observa ainda que seja qual for a abordagem do estudo, da história à sociologia, da política educacional à prática pedagógica, o elemento comum para análise da escola é sua cultura própria. Cultura que conforma de maneira particular uma instituição. Dito de outra forma, uma prática social própria e única fruto de sua relação com o meio que lhe confere traços identitários, a despeito da conformação e planejamento oficiais. O texto da autora nos traz reflexões sobre duas faces da cultura escolar: uma face oficial, onde existe explícito o propósito do estado para a educação, e uma face informal e implícita, mais característica da escola a qual permeada por seus resultados *reais*. Assim considerando, existem características próprias que diferenciam as escolas, mas também há pontos em comum, especialmente quanto ao comportamento, que as aproximam, e desta forma a investigação sobre o tema pode convergir. De fato, é um desafio transpor essas reflexões da realidade escolar para o panorama do ensino superior. Entretanto, as articulações entre a História e a Sociologia no delineamento da cultura escolar são essencialmente as mesmas em todos os níveis de ensino, guardadas as devidas proporções e ajustes de governo a governo. Segundo a autora, os principais elementos que dão forma a cultura de uma instituição seriam seus atores (famílias, professores, gestores e alunos), os discursos e as linguagens (modos de conversação e comunicação), a institucionalidade oficial (organização escolar e o sistema educativo) e suas práticas (pautas de comportamento que chegam a se consolidar durante um tempo). Todos esses são pontos a se considerar para montar o quadro maior. Outra reflexão contida em seu texto que nos ajuda nesta tarefa é a consideração de que a escola não é só reprodutora como também fundadora, criadora de uma cultura própria. Destarte, a escola se diferencia de outras instituições por não se limitar a reproduzir uma prescrição superior hierárquica, estatal, ou privada, automática e burocraticamente, mas por imprimir uma marca pessoal naquilo que faz (Silva, 2001). A autora também ecoa Nóvoa (1998), outro autor que nos dá suporte teórico, diferenciando o caráter próprio da escola em não tolerar a simplificação do humano, em não ser

uma *estação transmissora automática* (grifo nosso) e burocrática de prescrições oficiais. Assim a universidade que se baseia fortemente também na produção de conhecimento novo, não o faz sem um franco relacionamento com o meio que a envolve. Nosso entendimento é que há um claro paralelo entre esta realidade e a das instituições de ensino superior, incluso a que configura meu objeto de estudo. Ainda há de se a cultura perpassa todas as ações do cotidiano escolar, subjetivas ou objetivas, seja na influência sobre os seus ritos ou sobre a sua linguagem, seja na determinação das suas formas de organização e de gestão, seja na constituição dos sistemas curriculares.

Os indivíduos e suas práticas são basilares para o entendimento da cultura escolar, particularmente no que se refere à formação desses indivíduos, à sua seleção e ao desenvolvimento de sua carreira acadêmica. Dessa forma, os discursos, as formas de comunicação e as linguagens presentes no cotidiano escolar, constituem um aspecto fundamental de sua cultura. (SILVA, F. C. T. Cultura escolar: quadro conceitual e possibilidades de pesquisa 204 Educar, Curitiba, n. 28, 2006 p. 204)

Portanto, há de se considerar que a cultura escolar encerra informações privilegiadas sobre a historiografia educacional, fundamentais para entender a escola/instituição em seu tempo. O trabalho de Silva (2001) aborda o assunto sob um prisma histórico, onde a cultura escolar define conhecimentos, condutas, valores e comportamentos a serem transmitidos, e também social levando em conta o papel que a cultura escolar tem de transmitir padrões culturais fundamentais à resolução de problemas de convivência e para a construção de uma sociedade idealizada. Não se pode perder de vista que a cultura escolar compreende os saberes relativos aos mitos, comportamentos, tradições, inovações e relações sociais, sendo seu significado fundamental para a contextualização temporal, para o estudo contextualizado na história.

Conhecer as características temporais e espaciais da instituição compondo o todo da cultura é fundamental para a análise de sua missão institucional e real através do reforço simbólico a sustentar argumentos nas disputas pelo capital cultural nas sociedades. Neste ponto particular a autora alude Escolano (2000), autor também importante para nosso fundamento teórico, que descreve um conjunto de elementos simbólicos encarregados de transmissão de valores perfazendo o chamado *currículo oculto*, o elemento implícito da ação institucional.

Baseado-se no autor Pérez-Gomez (2001) a autora ainda destaca neste trabalho conceitos de cultura em cruzamento, ampliando possibilidade de se estudar esse fenômeno segundo diferentes pontos de vista. São eles nomeadamente: *cultura crítica*, conjunto de significados produzidos e acumulados ao longo da história; *cultura social*, conjunto de significados e comportamentos trocados entre sociedades; *cultura institucional*, conjunto de ritos e tradições em estado de permanência no fazer escolar; *cultura experiencial*, conjunto dos

significados surgidos do intercâmbio espontâneo entre alunos e seu contexto familiar e comunitário mais imediato; e *acadêmica*, conteúdo externo à escola e imposto formalmente através do currículo. Estes são diferentes paradigmas através dos quais é possível analisar diferentes expressões de culturas em nossa instituição. Procuraremos investigar os pontos mais aproximados dos nossos objetivos de estudo.

Do ponto de vista científico, a autora nos mostra que a cultura escolar instrumentaliza um olhar para as situações de exploração e negociação de tensões, percebendo-as entre mudanças e permanências num constante e complexo movimento fundador e mantenedor de práticas sociais e do próprio sentido da escola, e transpondo para nosso estudo, de uma instituição.

Contudo, para sistematizar nossa investigação foi necessário compreender como se estrutura uma instituição de ensino para posteriormente analisar seus tipos de cultura, como se delimitam e como interagem com seu meio. Assim buscamos referências que nos mostrassem os diferentes aspectos que formam um todo de uma instituição.

1.6.3 António Nóvoa

No texto PARA UMA ANÁLISE DAS INSTITUIÇÕES ESCOLARES de António Nóvoa (1999), capítulo contido no livro AS ORGANIZAÇÕES ESCOLARES EM ANÁLISE, organizado por ele próprio, baseia-se em pesquisas educacionais para mostrar a relação intrínseca entre ação pedagógica e o universo social que a envolve. Argumenta-se no texto que as desigualdades produzidas na escola vão além das falhas individuais, influenciadas, portanto por variáveis familiares, sociais e culturais (Bourdieu, 1964; Coleman, 1966; Passeron, 1967), sendo estas moldadas e influenciadas ao longo da vida escolar conforme a estrutura e funcionamento do sistema educativo.

Por meio desta linha de investigação das ciências da educação o autor expõe não só a sala de aula, mas as perspectivas sócio-institucionais do sistema educativo e a influência das variáveis escolares neste particular campo. Nóvoa (1999) busca neste trabalho diferenciar-se do foco dos estudos tradicionais buscando uma nova janela de análise de instituições escolares em suas dimensões particular e ativa, não apenas reprodutora das recomendações centrais. Em suas palavras:

Trata-se de procurar escapar ao vaivém tradicional entre uma percepção *micro* e um olhar *macro*, privilegiando um nível *meso* de compreensão e intervenção. As instituições escolares adquirem uma dimensão própria, enquanto espaço organizacional onde *também* se tomam importantes decisões educativas, curriculares

e pedagógicas. (NÓVOA, António. *As Organizações Escolares em Análise*. Lisboa: Publicações Dom Quixote. 3ª Ed.1999. p. 15)

Sob o preceito deste movimento de renovação científica e das políticas educativas, o autor encontra duas zonas de resistência: a primeira reagindo contra o modelo de ação empresarial, no mundo educativo; e a segunda contra a assunção de perspectiva puramente tecnocrática, que nega as dimensões políticas e ideológicas da educação. Na opinião do autor, não fossem essas resistências, se caminharia para a transferência acrítica e redutora das perspectivas organizacionais do espaço escolar. E complementa, “a educação não tolera a simplificação do humano” (Nóvoa, 1992), como já repercutido em outros textos e anteriormente neste mesmo capítulo metodológico.

O texto de Nóvoa nos permite uma análise mais detalhada das instituições escolares em toda a sua complexidade técnica, científica e humana, compreendendo-se aí dimensões pessoais, simbólicas e políticas da vida escolar. A partir de então o texto amplia o estudo das instituições entre análise e intervenção das organizações escolares, porém dentro de uma apresentação genérica deste campo mais vasto. O texto traz a argumentação em três partes: *A escola como objeto de estudo das ciências da educação*, com foco na pedagogia; *as características organizacionais e cultura de escola*, onde dissecas suas estruturas de poder e representações; e por fim o *projeto de escola*, baseado em seus atores educativos e da avaliação institucional das escolas.

As teorias acerca da escola como objeto de estudo aprofundam e reforçam as reflexões já trazidas anteriormente no suporte de Julia (1995) e Silva (2006) estruturando a pedagogia centrada na escola em cinco níveis de análise a partir dos anos 50 até os anos 90. No tópico do projeto de escola o autor parte da investigação do modelo português de estruturação da escola e suas relações com o estado e a comunidade. Em seguida o autor nos mostra possíveis áreas de intervenção na escola fora dos domínios do processo educativo e administrativo do ensino. Seria estas áreas de intervenção a escolar, pedagógica e profissional. Não seria nossa ambição entrar na discussão de um projeto de escola, ou de instituição.

Dentro do contexto de meu objeto de estudo interessou-me em particular analisar as características organizacionais e sua cultura. Com base no estudo setorizado da minha instituição seria possível perceber caminhos evolutivos de suas diferentes estruturas ao longo do período estudado, como se delimitam e como se dá esse fluxo dialógico entre instituição, estado e comunidade.

O texto traz uma reflexão para além da sociologia das organizações escolares, dos modelos racionais, naturais, estruturais, de recursos humanos e sistêmicos e se abre aos modelos

políticos e simbólicos. Os primeiros levando em conta as negociações e disputas nos campos de interesse e ideológicos, e os segundos levando em conta a impressão e significado que seus atores conferem a estes processos e seu caráter incerto, nas apostas contidas nos processos organizacionais mais decisivos. É neste diapasão, e levando em conta a volta dos atores educativos ao centro das atenções que o autor nos apresenta categorias de análise deste processo através de características organizacionais da escola. Nóvoa põe seu foco nos atores educativos para desenvolver sua análise:

De modos diversos, uns e outros devolveram aos actores educativos o papel de protagonistas, que, a vários títulos, os modelos anteriores lhes tinham procurado retirar. Reside aqui todo o seu interesse estratégico. É apelando a um pensamento político e simbólico que iremos abordar os pontos seguintes, pois, caso contrário, a descrição das características organizacionais e da cultura da escola limitar-se-ia à enumeração funcionalista de um conjunto mais ou menos interessante de aspectos. (NÓVOA, 1999. p. 25)

Assim o autor nos apresenta as áreas onde se entrelaçam em compromisso as estruturas formais e as interações que se dão na escola:

- *a estrutura física da escola*: suas dimensões, formato, recursos materiais, organização de turmas, dos espaços, etc...
- *a estrutura administrativa da escola*: aspectos ligados à gestão, aferição de resultados, e controle em geral do funcionamento do trabalho escolar e suas relações com o mundo externo.
- *a estrutura social da escola*: a relação entre os diversos atores direta o indiretamente ligados ao processo de ensino-aprendizagem em seus aspectos profissionais, culturais e políticos.

Segundo o autor há uma literatura abundante e de base consensual alargada no sentido de identificar as características organizacionais da escola e sua relação com a eficácia. Sem o intuito de recomendação, o autor detalha uma lista de aspectos a serem levados em conta para compreensão e regulação da organização escolar. Para esta pesquisa cobrir alguns pontos dessas estruturas através da pesquisa documental e complementarmente por meio das entrevistas. Nóvoa (1999) apresenta também aspectos relevantes para a compreensão da dinâmica organizacional das escolas às quais tentamos transpor para a realidade de uma instituição de ensino superior. São eles nomeadamente: *Autonomia da escola*, sobre dar capacidade de avaliação e planejamento em nível da instituição aos problemas surgidos no percurso de sua ação educativa. Implica a aproximação com a realidade em que está imersa, mas também da partilha de responsabilidade por suas ações. Também ajuda a conferir à instituição uma identidade, um ethos específico para sinalizar seus propósitos e missão aos atores internos e externos. *Liderança organizacional*, característica que confere coesão nos níveis individual e coletivo aos propósitos acordados como missão institucional. É fundamental para a coesão dos atores a para imprimir qualidade aos projetos de trabalho. *Articulação curricular*, a planificação curricular e coordenação de trabalhos necessários ao funcionamento da instituição e

cumprimento de sua atividade-fim. Leva em conta as dimensões social, relacional e as aprendizagens acadêmicas. *Otimização do tempo*, a capacidade de utilizar o tempo de aula (teóricas e práticas), aproveitando-o ao máximo para as atividades que envolvam o aprendizado em seus diversos níveis. *Estabilidade profissional*, estabelecimento de um ambiente de incentivo, de motivação e valorização dos profissionais, para que se permita uma segurança e continuidade das ações educativas dentro de um clima de compromisso e responsabilidade. *Formação do pessoal*, implementação de programas de formação e aperfeiçoamento continuados, onde se estimule não só a busca pela qualidade e inovação, mas também instrumentos de avaliação do trabalho docente na perseguição de ideais de compromisso e qualidade. *Participação dos pais*, a colaboração, e co-responsabilização dos pais no processo educativo tem crucial papel na qualidade dos resultados escolares. Aqui neste ponto poderíamos transpor para a participação da comunidade no processo educativo enquanto interage no contato prático nos campos de estágio da prática médica e das ações de extensão da instituição, bem como na leitura das demandas da sociedade local no campo da saúde. *Reconhecimento público*, diz respeito à coerência da ação educativa aos ideais e valores identitários da instituição. O reconhecimento público à identidade de uma instituição é fundamental para sua eficácia e manutenção da qualidade. *Apoio das autoridades*, à despeito dos ideais de autonomia da instituição, não se deve desprezar a necessidade de apoio do poder local, regional e central na dotação de recursos materiais e humanos para a consecução dos projetos de ensino superior. É o nível mais alto e potente, do ponto de vista econômico, do pacto de co-responsabilidade dos diversos atores do processo educativo.

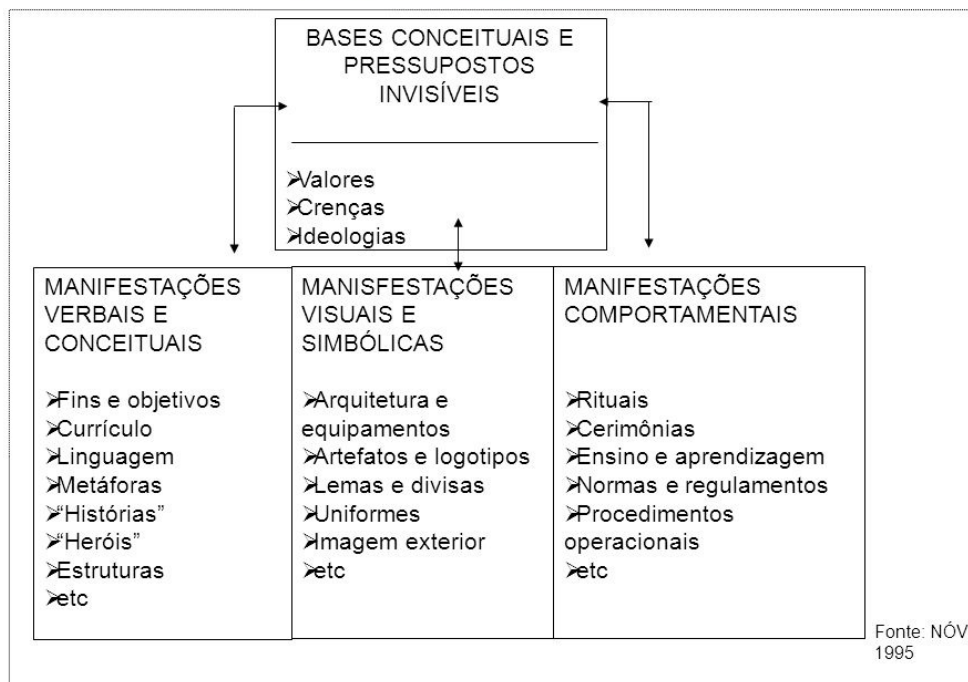
Quanto à cultura organizacional da escola Nóvoa (1999) constrói um percurso das concepções das organizações escolares a partir de *máquinas, organismos, cérebros* até finalmente serem consideradas como *culturas*. Aqui o objetivo é ultrapassar o olhar mais tecnicista e organizacional das instituições quanto ao campo das estruturas organizacionais, para levar-se em conta também os aspectos político-culturais. As diversas definições contidas no texto nos levam a ver em comum um conjunto de pressupostos, de valores, ideais e de ações acordadas e concertadas em torno de uma missão comum e característica em relação a um grupo que refletem tanto a realidade de uma escola como de uma instituição. O autor distingue ainda esta definição entre *cultura interna*, quando ao conjunto referencial partilhado por um grupo, e *cultura externa*, variáveis culturais do ambiente onde está imersa a instituição, e que influenciam sua própria formação identitária. Há, segundo o autor, uma dinâmica própria a cada instituição que permite, como em citação a Moscovici (1989), uma *rede de movimentos*, a fazer transitar aspectos fundantes desta cultura de um lado a outro, e não simplesmente de forma

impositiva e organicista. Esta separação entre estrutura e cultura organizacional e suas dimensões resultantes definem os campos teóricos que se deslocam da administração central em direção ao nível escolar local.

O autor adapta esquema de Beare (1989) a demonstrar elementos visíveis e invisíveis da cultura organizacional da escola.

Quadro 1: Elementos da cultura organizacional

ELEMENTOS DA CULTURA ORGANIZACIONAL



Fonte: NÓVOA, António. *As Organizações Escolares em Análise*. Lisboa: Publicações Dom Quixote. 3ª Ed.1999. p. 30

Bases conceituais e pressupostos invisíveis: conjunto de elementos representando valores, crenças e ideologias dos membros de uma organização. Tais elementos operam na invisibilidade, de forma não explícita, mas são fundamentais para as dinâmicas instituintes e para os processos de mudanças e permanências organizacionais. Os valores operam na significação das ações sociais compondo o painel de referências a ser mirado por seus atores. As crenças são fatores da própria mobilização de tais atores em torno da qualidade das ações. E as ideologias são cristalizações da compreensão do universo social que cerca a escola.

Quanto à zona de visibilidade o texto destaca várias manifestações:

Manifestações verbais e conceituais

Integra o conjunto de normas e expressões registradas com os propósitos da organização. Apresentam-se nos organogramas, currículo, planos de estudo, missão, entre

outros dados contidos no registro oficial do curso. Integra também diversas formas de registro e expressão, como linguajar próprio, histórias e heróis, referências pessoais e efemérides que auxiliam a erigir a cultura de uma determinada instituição. Para seu registro é necessário aprofundar-se no diálogo com seus atores.

Manifestações visuais e simbólicas

Integram esta categoria os elementos visuais reais ou simbólicos que caracterizam a instituição ou que remetem a ela e a sua missão, objetivos. É composta por inúmeros elementos que vão do prédio, às armas, lemas, logos, vestimentas, motes, divisas, estilo arquitetônico, formatos, mobília, apresentação do ambiente etc...

Manifestações comportamentais

qui incluem-se os elementos capazes de influenciar o comportamento dos atores da organização, podendo estar relacionados às atividades próprias e características da organização (prática pedagógica, reuniões, avaliações, etc...), bem como o conjunto de normas e regulamentos assumidos pela organização no intuito de padronizar seu funcionamento. São elementos fundamentais na construção da identidade da escola (festas, cerimônias, regras de etiqueta, etc...)

O conjunto dos elementos da cultura organizacional devem ser compreendidos a partir de um olhar interno da instituição, mas também no ambiente social que a cerca em suas interrelações. O autor evoca outros luminares como Durkheim, Bourdieu e Freire para argumentar sobre o sentido da *metáfora cultural* da escola, e como ela pode ser vista de pontos de vista diferentes, encerrando propósitos diferentes, da simples transmissão do conhecimento e da cultura, para a reprodução da cultura, e até a ação cultural movida para a libertação.

1.6.4 Agustin Benito Escolano

Para aprofundarmos o olhar sobre a cultura da instituição buscamos suporte na teoria de Agustin Benito Escolano (2005; 2017). O autor espanhol realiza uma análise da escola em três cortes historiográficos com atenção à evolução das culturas escolares na Espanha no último século a partir dos encontros e desencontros que se dão na interação entre práticas, normas e teorias que codificam ações, discursos e os sistemas das instituições de educação. Estes efeitos são estudados em três ciclos históricos: O regeneracionismo do início dos primeiros anos 1900, as reformas tecnocráticas dos anos centrais do século XX, e os afeitos ao reformismo democrático dos do fim do século (ESCOLANO, 2005). Escolano mostra como as culturas em

torno da escola condicionam os processos de mudança e reforma na educação. Argumenta que as inovações introduzidas no sistema formal de educação e nos contextos a que se associam não são uma consequência direta e mecânica das estratégias adotadas pelos atores que definem e tutelam as normas, e nem tampouco das construções teórico-práticas que formulam os acadêmicos que legitimam as representações do conhecimento pedagógico, e sim das coalisões negociadas, explícita ou implicitamente, com a cultura empírica da escola, e ainda mais detalhadamente das pautas que esta mesma cultura, elaborada na mesma prática e transmitida como memória corporativa dos *ensinantes*, propõe como gramática interna, conforme a qual funcionam de fato as instituições e seus agentes. Na minha instituição, no período de 2000 a 2018 há um processo de mudanças nas políticas nacionais e nos propósitos educacionais que incidem diretamente na sua estrutura organizacional e pedagógica. O presente texto nos ajuda a refletir sobre a fonte política em que surgem tais movimentos, aplicação real no trabalho docente, e os choques de interesses resultantes destes movimentos. O autor nos oferece uma definição de cultura da escola: conjunto de práticas, teorias e normas que codificam as formas de regular os sistemas, linguagens e ações de estabelecimentos educativos, a partir da qual buscamos paralelo no curso de Medicina da UFCA.

Em seu livro *A Escola como Cultura*, Escolano (2017) avança sobre o conceito que se refere à cultura da escola como a “caixa preta” da história da educação. Em outras palavras, um instrumento que funciona como um repositório de dados fundamentais para descrever e analisar os movimentos históricos. Escolano (2017) considera que as teorias e regras empíricas podem se articular seguindo a proposta de Nóvoa (1988) em torno de quatro aspectos: Atores, discursos e linguagens, instituições e sistemas, e as práticas (NOVOA, 1988, p. 45-64). Segundo Escolano estas formulações vêm a preencher lacunas que Silver (1992) chamava de silêncios na história da educação. Seu livro traz considerações sobre aspectos históricos nos programas de formação de professores no intuito de ressignificar novas sensibilidades culturais e pedagógicas a partir da “genealogia” de práticas e materiais didáticos. E denuncia que as tradições idealistas e positivistas reduziam a história da educação ao estudo da evolução do pensamento pedagógico e das instituições docentes desenraizados de seus elementos culturais, e propõe que deveriam levar em conta novas metodologias que imergem na cultura do objeto de estudo, sob uma perspectiva pós-moderna como os estudos etnográficos e micro-históricos (ESCOLANO, 2005, p. 43).

A instituição que ora pesquisamos tem elementos que, contidos em nível não oficial, declarado ou explícito, certamente precisam ser acessados por meio de levantamento de

documentos e entrevistas que levem em conta seus aspectos históricos e culturais em diálogo com o entorno societal.

Escolano (2017) propõe a partir de tais pressupostos o estudo da memória da educação por meio de três prismas culturais, ou três tipos de cultura escolar.

Cultura empírico-prática: Construída por professores no exercício de sua profissão e transmitida por diversos mecanismos nas relações que se dão dentro do cotidiano da escola. O autor considera a escola como lugar de produção de cultura, e trabalho do professor se configura a partir de sua identidade construída em torno da memória corporativa dos docentes.

Cultura científica ou acadêmica: Se desenvolve em torno dos saberes que geram a imaginação e a investigação, ainda fortemente ligada ao conhecimento especializado, e à cultura positivista do final do século XIX e persistente em nossos dias.

Cultura política: Seria o setor ligado aos discursos e práticas de ordem político-institucionais que se configuram em torno dos sistemas educativos e que se expressa pela linguagem normativa que dá suporte a organização formal da educação. A escola se constitui também a partir desta cultura.

Esta sistematização é decerto a principal contribuição deste estudo e que me serve de fundamento teórico para deslindar separadamente e precisamente aspectos escritos e não escritos da minha instituição. Há um vasto acervo documental e de cunho político, e há a fala e o registro do real aplicado cotidianamente. Há a proposição curricular formal, e há um registro real do que se consegue aplicar. Há um quadro oficial de docentes e discentes e há representações que se fazem de parte a parte. Documentos, questionários e entrevistas abrirão este caminho para o conhecimento real da minha instituição.

A primeira destas dimensões, a empírica, é basicamente etnográfica e está contida no interesse histórico da ciência desvendada nos processos de mudanças e reformas educacionais estudadas pela hermenêutica.

A segunda perspectiva está plasmada em toda a produção científica que compõem o cabedal teórico e uma instituição e nas interpretações que lhe dão.

A terceira configura os contornos organizacionais, administrativos, burocráticos que regulam o funcionamento das instituições e seus liames com a classe gestora, a quem cabe as prerrogativas decisórias.

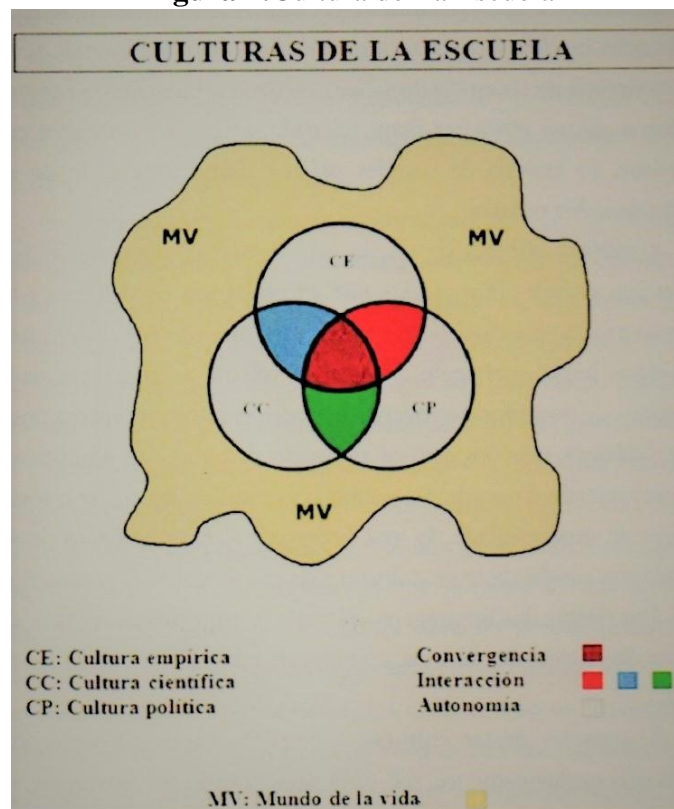
Cada uma destas culturas opera em um nível diferente, conforme sua própria lógica e dá origem a uma determinada tradição, transmitindo-se também por meio de distintos mecanismos de transmissão da memória. Entre estas três esferas da cultura de uma instituição

há intersecções, e nelas se dão relações de interação e convergência, mas também dissociações e contradições, haja visto as amplas margens de autonomia que dispõe.

Uma instituição do porte e da relevância que representa a Faculdade de Medicina da UFCA tem em seu histórico a convivência de fatores divergentes e convergentes atuando desde o início de seu processo de implantação e desenvolvimento, contidos na tensão entre demandas populares, estudantis e institucionais e as políticas centrais que oscilam ao longo de sua história de governo a governo. Estas dissonâncias entre o registro do mundo real e da realidade institucional contida nele em relação aos seus propósitos oficiais reforça a importância da teoria de Escolano (2017) como instrumento pertinente para melhor classificar os dados e interpretá-los.

Assim, consideramos para esta dissertação a importância do registro historiográfico do curso de Medicina da UFCA não só tomando como base os aspectos oficiais e documentais acumulados no período estudado, mas também do registro das vozes de atores participantes desta história. Por meio da reflexão crítica dessas vozes em seu tempo e espaço foi possível analisar a estrutura organizacional da referida instituição bem como sua cultura sob diferentes aspectos.

Figura 1:Cultura de La Escuela



Fonte: ESCOLANO, Agustín Benito. *A Escola como Cultura: experiência, memória e arqueologia*. Campinas: Alínea, 2017. Capítulo 2, A Práxis Escolar como cultura. Pg. 121.

1.7 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Estruturamos esta dissertação em quatro capítulos:

No **primeiro capítulo** apresentamos a Região do Cariri cearense em seus aspectos geográficos, socioeconômicos e históricos no intuito de contextualizar nosso objeto de estudo desde sua composição etnográfica inicial, de forma breve, seguindo a linha histórica da colonização da região pelo elemento branco e o desenvolvimento de sua infraestrutura e recursos humanos, com maior interesse, ligados à Medicina.

No **segundo capítulo** refazemos de forma breve um histórico do ensino médico no Brasil, desde sua chegada com a corte portuguesa no início do século XIX, no estado do Ceará na primeira metade do século XX, até sua chegada na Região do Cariri apenas no século XXI, contextualizando a relação de seus serviços de saúde com as primeiras iniciativas de ensino médico na região.

No **terceiro capítulo** nos dedicamos a reconstruir em específico a história do curso de Medicina público do Cariri desde os primeiros movimentos de expansão do ensino superior a partir da UFC para o interior do estado. Mais especificamente descrevemos o planejamento da expansão do ensino médico a partir da UFC em contexto com a situação de oferta dos serviços médicos no estado, as discussões, críticas e reflexões sobre o modelo de ensino médico que culminaram na reforma curricular do curso médico da UFC. As características estruturais e de recursos humanos no Cariri que fizeram a região ser escolhida para receber a expansão do curso. Os aspectos políticos envolvidos no planejamento e implantação do curso na região são discutidos. A escolha da cidade e da sede do curso é abordada, bem como é descrito o processo de desenvolvimento dos primeiros anos a partir da implantação, suas marchas e contramarchas, greves, as primeiras ampliações nas estruturas física, recursos humanos e ampliação dos serviços da faculdade. Neste capítulo também contextualizamos a reformulação política do Ministério da Educação – MEC, em especial relacionada à Secretaria de Ensino Superior – SESu, incluindo o Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais - REUNI e suas repercussões no desenvolvimento do curso médico no Cariri, na implantação de outros cursos federais compondo um campus avançado da UFC e sua transição para uma nova universidade criada, a UFCA. O terceiro capítulo aborda finalmente como o curso passa a se estruturar após seu desmembramento da UFC e como assume identidade própria e autonomia enquanto membro de uma universidade caririense. Este capítulo é permeado da nossa pesquisa documental, mas sobretudo com os dados colhidos em campo por meio dos questionários e entrevistas.

No **quarto capítulo** propomos reflexões até o momento estudado. Recuperamos na história do curso de Medicina da UFCA as vozes de seus atores, sistematizamos estas vozes e as analisamos por meio dos referenciais teóricos (Julia, Silva, Nóvoa e Escolano) que estudam a cultura das instituições e como se organizam em torno de seus objetivos. A partir desta visão guiada pelo referencial teórico escolhido traçamos um perfil sociocultural resumido dos personagens estudados, os propósitos iniciais do curso e fazemos uma reflexão deste percurso contido entre aspirações e conquistas reais e como se materializa a iniciativa de interiorizar o ensino médico, torná-lo viável e propor a ele uma identidade mais aproximada dos anseios regionais.

2 O CARIRI CEARENSE

Flor da terra do sol
Ó berço esplêndido
Dos guerreiros da "Tribo Cariri"
Sou teu filho e ao teu calor
Cresci, amei, sonhei, vivi
Ao sopé da serra, entre canaviais
Quem já te viu, ó não te esquece mais!
Trecho do hino do Crato
Autoria: Martins D'Alvarez

2.1 PALAVRAS PRELIMINARES

No sentido de melhor contextualizar o histórico do curso de Medicina da UFCA falaremos da região por ele assistida, palco de uma rica história desde seus aldeamentos indígenas, passando pela intervenção do elemento colonizador, o desenvolvimento da agricultura, seguido de indústrias, comércio, e a transformação das relações sociais a partir do fenômeno religioso Padre Cícero, culminando com um processo particular de desenvolvimento e a criação da Região Metropolitana do Cariri.

Para um nativo da região, “nascido e criado” no Cariri é uma tarefa prazerosa e encarada com muito orgulho. Não obstante, é também assustadora pela responsabilidade de representá-la fielmente, sem, contudo, esconder a paixão. Trazemos arraigados na memória uma torrente de histórias e lendas, nos ouvidos ainda ecoam as canções da terra, na boca dulçor da cana e do mel saboreados nas bagaceiras de engenho e o inexplicável sabor do pequi, nossa pele refrescada pelas águas das nascentes e pela brisa da serra, de um verde esmeralda que não sai de nossos olhos, na pele temos a firmeza e a confiança do abraço de tantas gerações da nossa família e de outros tantos queridos. Ligar uma história natural de milhões de anos que soergueu a chapada que nos finca a este rincão com os acontecimentos mais vertiginosos de nossa modernidade exige uma perícia que escapa às mãos de um simples médico e pesquisador iniciante. Tentamos podar do texto fatos e características que não toquem a formação médica, que no Cariri é coroada com o curso de Medicina da UFCA. Entretanto, a proposta curricular humanista torna cada vez mais difícil nos separarmos de retalhos da história. E aqui confesso, deixamos alguns à beira desse caminho.

O Cariri tratado nesta produção é uma microrregião localizada no sul do estado do Ceará atualmente compreendendo 29 municípios que bordejam a face cearense da chapada do Araripe, e contendo em seu núcleo a Região Metropolitana do Cariri (CEARÁ, 2015). Os habitantes deste enclave a denominam de forma estendida o **Cariri**, mas é necessário antes de tudo diferenciá-la da região do Cariri paraibano, localizado no sul do referido estado, e que apesar de sua relativa proximidade física, e de sua ancestralidade étnica comum, tem marcantes diferenças geográficas e culturais.

2.2 SIGNIFICADO DO TERMO CARIRI

Nas observações de Rodolfo Garcia (apud Mamiani (1942 [1698]) sobre os índios de denominação Tapuia ele declara que:

Sob o nome genérico de Tapuias andaram nos primeiros tempos confundidos com outros índios que infestavam a região de seu domínio. Por isso mesmo, ainda hoje torna-se difícil saber, com absoluta certeza, entre tantas alcunhas tribais, quais eram o de origem *Quiriri*, que eram os Caraíbas e os Gês. *Quiriri* alterado em Cariri, é qualificativo tupi, que significa – calado, silencioso – e que indica, sem dúvida, uma característica etnográfica tanto mais notável quanto se sabe que os outros índios eram palradores incoercíveis. Quiriri aplicar-s-eia propriamente às tribos da Baía: Cariri às tribos do Norte. (MAMIANI, 1942 [1698], p. 21-22)

A descrição utilizada para o que explicaria o termo “Tapuia” incluía a todos os povos que não falassem a língua Tupi, e, segundo Lima (2003) ao analisar Gabriel Soares de Souza:

Corre esta corda dos tapuias toda esta terra do Brasil pelas cabeceiras do outro gentio (os povos tópicos), e há entre eles diferentes castas, com mui diferentes costumes, e são contrários uns dos outros [...] são tantos e estão tão divididos em bandos, costumes e linguagem, para se poder dizer deles muito, era necessário de propósito e devagar tomar grandes informações de suas divisões, vida e costumes. (p.35)

Nas observações de Rodolfo Garcia (apud Mamiani (1942 [1698]) sobre os indígenas que eram denominados Tapuias ele declara que:

Sob o nome genérico de Tapuias andaram nos primeiros tempos confundidos com outros índios que infestavam a região de seu domínio. Por isso mesmo, ainda hoje torna-se difícil saber, com absoluta certeza, entre tantas alcunhas tribais, quais eram o de origem Quiriri, que eram os Caraíbas e os Gês. Quiriri alterado em Cariri, é qualificativo tupi, que significa – calado, silencioso – e que indica, sem dúvida, uma característica etnográfica tanto mais notável quanto se sabe que os outros índios eram palradores incoercíveis. Quiriri aplicar-s-eia propriamente às tribos da Baía: Cariri às tribos do Norte. (MAMIANI, 1942 [1698], p. 21-22).

A descrição utilizada para o que explicaria o termo “Tapuia” incluía a todos os povos que não falassem a língua Tupi, e, segundo Lima (2003) ao analisar Gabriel Soares de Souza:

Corre esta corda dos tapuias toda esta terra do Brasil pelas cabeceiras do outro gentio (os povos tópicos), e há entre eles diferentes castas, com mui diferentes costumes, e são contrários uns dos outros (...) são tantos e estão tão divididos em bandos, costumes e linguagem, para se poder dizer deles muito, era necessário de propósito e devagar tomar grandes informações de suas divisões, vida e costumes. (p.35)

Ambas as regiões foram e ainda são povoadas pelos índios da tribo Cariri e seus descendentes. O termo Cariri deriva do tronco linguístico macro-jê, hoje considerada extinta. Os índios Cariri, Cairiri ou Quiriri (do tupi *kiri'ri*, "silencioso") tem origem comum tapuia e seus descendentes se espalham por todo o sertão nordestino (FERREIRA, 1986).

Contudo, em apenas duas regiões sua herança cultural foi determinante para caracterizar o seu toponímico. Albuquerque Jr (2016), em artigo, considera o aspecto etimológico do termo *Kiriri* como denominação depreciativa dos territórios mais ermos da nação tapuia, lugar desabitado, de medo e desconhecido, a ser compreendido posteriormente como sertão pelo colonizador. O termo Cariri, cunhado em língua geral Tupi, remetaria a conflito e rivalidade por parte daqueles que lhes faziam feroz resistência, em especial durante o processo de

colonização onde se faziam alianças com e contra o elemento português. O elemento étnico/linguístico teria aí papel fundamental na delimitação do espaço. À medida que invadiam territórios ao interior para exploração de riquezas e assentamentos para criação de gado os colonizadores motivaram a união de tribos tapuias, como janduís, paiacus, caripus, icós, caratiús e cariris. A partir de 1688, na série de conflitos conhecida como Guerra dos Bárbaros, esta aliança ficou conhecida pelos portugueses como Confederação dos Bárbaros, ou Confederação dos Cariris (ALBUQUERQUE JR, 2015).

Desde então, a adjetivação do alto e ermo sertão adquire a condição de substância. O Cariri enquanto região geográfica pode haver abrangido muitas terras no interior da região Nordeste brasileira. Atualmente, do ponto de vista da divisão político-administrativa, o enclave Cariri se situa nas divisas dos estados do Ceará, Paraíba e Pernambuco, ainda se dividindo em dois: Os Cariris velhos (região paraibana), e os Cariris Novos (região cearense). Enquanto o Cariri paraibano guarda sua característica do *silêncio*, em um semiárido varrido pelos ventos do processo de desertificação, o Cariri cearense, incrustado num mesmo macroambiente de clima seco em sua região sul, desenvolve-se ruidosamente nas franjas da fértil chapada do Araripe, irrigada por mais de 300 fontes de água perenes e microclima serrano, a partir de seus limites leste com a Paraíba, até seu limite oeste com o Piauí, ao longo de toda sua fronteira sul, em divisa com o Pernambuco (GEOPARK, 2019).

O Cariri, do Ceará, é uma espécie de zona da mata pernambucana, ou dos brejos da Paraíba. É cercada da zona sertaneja criadora. No tempo de estiagem é que o contraste da natureza se torna bem flagrante. Dos pés de serra do Araripe brotam dezenas e dezenas de fontes perenes que derramam a fertilidade na região. As quedas pluviométricas, graças também à proteção carinhosa do Araripe, são das melhores do Nordeste. Mas, há zona de serra e outras mais baixas, sem água regadia, férteis também, mas, que não se prestam à lavoura canavieira. São utilizadas noutras culturas, completando assim, a riqueza agrícola da terra. (PINHEIRO, 2010, p. 21).

Para além dos conflitos territoriais dos índios que disputavam a posse deste fértil entroncamento, o povoamento de colonização da região foi deveras particular merecendo aqui breve registro. Na vasta *secura* do sertão nordestino, entre as úmidas matas da região norte e o litoral, o Cariri foi e ainda é um entreposto seguro para quem foge da seca. Uma terra também repleta de histórias para contar a partir de sua colonização. Dito isto, daqui em diante trata-se por **Cariri**, apenas o **Cariri cearense**, palco do estudo que ora desenvolvemos.

2.3 ASPECTOS HISTÓRICOS

O Cariri enquanto território indígena pode haver abrangido muitas terras no interior da região Nordeste brasileira. Atualmente, do ponto de vista da divisão político-administrativa, o enclave Cariri se situa nas divisas dos estados do Ceará, Paraíba e Pernambuco, ainda se dividindo em dois: Os Cariris velhos (região paraibana), e os Cariris Novos (região cearense).

Figura 3: Mapa dos Sertão do Cariri



Fonte: <https://www.bahia.ws/guia-turismo-juazeiro-do-norte-ceara/>

De acordo com a publicação de João Brígido no Jornal Araripe de junho de 1958 o Cariri,

[...] é uma cinta de terrenos com cerca de 60 léguas de comprimento sobre duas e mais de largura, que acompanhando as curvas, que descreve a montanha do Araripe seguindo as suas sinuosidades *huma* vasta *extensão* de terrenos irrigáveis, cuja (ilegível) fica cercada de *certões immensos*. Mais de cem correntes se abrem passagem por entre as fendas da montanha e se *precipitão* sobre os vales para *ahi*, dispersos em mil delgados fios, irem *communicar* aos *cannaviaes* sua frescura e *perservar* (sic) o principio vegetante de sucumbir aos influxos do sol abrasador do estio. Uma eterna verdura [...] (n° 149, p. 01, col. 02 e p. 02, col. 01)

O Cariri iniciou seu período de colonização pelo elemento branco ainda no século XVII (PINHEIRO, 2010a), por meio de intrincado sistema de guerras e alianças culminando com a dominação dos nativos e a exploração de sua terra. Pinheiro (2010a) observa que a primeira e principal atividade econômica da região foi a pecuária, fazendo jus a sua colonização a partir da Casa da Torre na Bahia e por meio do rio São Francisco durante o ciclo do couro.

Contudo, através dos séculos XVIII, XIX e até início do século XX a base econômica da região foi transmutando para o cultivo da cana de açúcar e sua indústria rudimentar (engenhos), seguido de outras lavouras, como o algodão, e ainda a pecuária, segundo Cortez et al (2007). Cortez (2007) aponta que à força de trabalho dos pequenos agricultores se juntava a mão de obra cativa. Embora a presença do elemento escravo negro tenha sido em bem menor escala que no litoral. Havia, segundo Pinheiro (2010a), uma burguesia urbana que fornecia serviços e pequeno comércio aos maiores donos de terra e população em geral. O professor Antônio José de Oliveira (2017) destaca que o Cariri cearense na sua colonização foi:

A constituição dos primeiros polos de povoamento no Recôncavo da capitania da Bahia e mais ao norte na de Pernambuco correspondeu à fase de estabilização dos colonos e à solidificação da cultura canavieira. Essa alternativa encontrada pelos colonizadores fundamentou toda uma sociedade marcada pela figura do senhor, a escravização de índios, a introdução de escravos africanos, negros, e a exploração de pobres livres e agregados. (p. 27)

O Cariri foi povoado pelo interior e não pela capital. São duas as teorias de colonização do Cariri. A primeira, de acordo com Thomas Pompeu Sobrinho (1956) se deu dessa maneira:

A mais antiga estrada que conduzia às plagas cearenses era a do litoral, teatro de notáveis e dramáticos acontecimentos. Apesar de muito distante, êste caminho não é de desprezível influência no povoamento do alto Jaguaribe, vale do Cariri ou cabeceiras do rio Salgado, como julgam alguns historiógrafos. Abria-se outra estrada de bem menor importância ao sul da terra do Apodí, e ganhava o vale do rio Figueiredo. A terceira porta é a do Umari, na altura do baixo vale do rio Salgado; os imigrantes vinham diretamente do Rio do Peixe, na Paraíba. A sua valia no povoamento dêste rio não pode ser desprezível. Finalmente, há a considerar outras estradas através da fronteira da Paraíba e mais ao sul da de Pernambuco, palmilhadas por advenas do São Francisco, da Bahia, de Pernambuco e até mesmo, embora raramente, da Paraíba. A primeira sobretudo e em seguida estas últimas são as que mais diretamente interessam o povoamento colonial do Cariri. (p. 195)

Ainda segundo Pompeu Sobrinho o povoamento do Cariri cearense se deu em virtude de várias guerras que ocorreram entre os colonizadores (várias bandeiras) e os índios que aconteciam na Paraíba, Rio Grande do Norte, Pernambuco, Bahia e Ceará. Depois de vários conflitos e vitória dos colonizadores, as terras do Cariri começaram a ser povoadas:

Está claro que durante esta última década do século XVII, o povoamento ao invés de prosseguir, devia estacionar nas zonas menos afetadas pela luta e sofrer graves revezes nas que mais se avizinhavam das hostilidades.

Todo o êste riograndense, do litoral à bacia superior do rio Piranhas, na Paraíba, bem como o vale do Jaguaribe, no Ceará, estiveram convulsionados e, portanto, sujeitos a uma enorme estase no processo do povoamento. Esta situação explica per que somente ao XVIII século se fizeram as primeiras concessões eficientes de sesmarias no alto rio Salgado, inclusive no vale do Cariri. Desde então, começara ali o povoamento, que não mais devia sofrer apreciável interrupção. Os sertões do alto Piranhas, do Açú, do baixo Jaguaribe repovoaram-se rapidamente, sobretudo depois de 1707, ano em que se fizeram as mais numerosas concessões de sesmarias. (1956, p. 200)

E Sobrinho ainda continua dizendo:

Em 1703, Manuel Rodrigues Ariosa e Manuel Carneiro da Cunha, que já possuíam terras por compra no baixo Jaguaribe, obtiveram uma sesmaria de seis léguas nas cabeceiras do rio Salgado, adonde abita uma nação de gentio de nome cariri, começando da cachoeira dos cariris (Missão Velha) pelo riacho acima até entestar com o fim da lagoa dos cariris. Êstes sesmeiros eram originários de Goiânia. O segundo não veio povoar a sua concessão, mas Ariosa fê-lo solicitamente. Chegaram os interessados pouco depois, não do São Francisco, mas do baixo Jaguaribe, onde possuíam bens valiosos. Esta foi a primeira concessão de terras do vale do Batateira, isto é, no coração dos Cariris-Novos.

A segunda teoria é narrada por Irineu Pinheiro (2010a), que conta sobre a Casa Conquistadora de Garcia d'Ávila:

Foi Garcia d'Ávila notável figura de nossa história, chegado ao Brasil na comitiva de Tomé de Sousa, de quem era protegido.

Num de seus livros Geraldo Rocha julga com justiça que Ávila foi o precursor dos nossos bandeirantes e um dos grandes vultos da história da Pátria. [...] Penetrando pelo vale do São Francisco, do norte para o sul, em direção oposta à corrente ele, escolheu pontos apropriados, construindo currais primitivos, deixando em cada um deles um casal de escravos, dez novilhas, um touro e um casal de equinos, lançando assim a semente da maior e mais estável das riquezas nacionais.

[...] Os sucessores de Ávila, filhos e netos, alargaram seus domínios numa verdadeira fome de terras em arrancadas contra os índios pela Baía, por Pernambuco, pelo Piauí.

[...] Não atingiu a Casa da Torre ao sul do Ceará, mas suas extensas propriedades aproximaram-se do vale caririense.

Tratando de seus negócios particulares, colaboraram Garcia d'Ávila e seus descendentes no desbravamento do hinterland nortista povoando-o de gados e de gente. (p. 13-4)

A historiadora Ana Sara Ribeiro Parente Cortez Irffi (2015) nos lembra que o Cariri era uma:

[...] região, no século XIX, formada pelas cidades e vilas de Crato, Barbalha, Missão Velha, Jardim e Milagres, se configurava como um espaço rural. Suas cidades seguiam o ritmo do trabalho no campo, com uma elite senhorial proprietária de terras que controlava a economia e os dispositivos públicos, e com um comércio sustentado em grande parte pela produção campesina. (p. 15)

A elite caririense controlava todos os espaços da região, especialmente no campo político. Dois movimentos políticos que entraram na história do Brasil tiveram núcleos no Cariri, em destaque na cidade do Crato.

Figura 4: vista do Crato, Séc. XIX, aquarela de José Reis Carvalho



Fonte: Blog do Crato

A revolução que, em 1817, rebentou em Pernambuco, traduz um estado de espírito que tanto tinha de americano como de regional. Bastara em 1808 a abertura dos portos. Nove anos depois, a prosperidade parecia insuficiente. Pedia-se Liberdade. Circulam as ideias da Revolução Francesa, dos Estados Unidos, da Inglaterra, dos vizinhos países que se emancipavam. Tardio e explosivo, para os brasileiros raiava o “iluminismo” enciclopedista. Ao governo brando, mas distante de, D. João VI, se chamava “tirania real”. Acusava-se o governador de fraco e irresoluto. Acumulavam-se queixas contra a prepotência, a fortuna dos “marinheiros” (ou portugueses), vistos com rancor pelos “nativistas”, herdeiros da incompatibilidade de olindenses e *mascates*. A maçonaria no Brasil acabava de mostrar-se republicana e revolucionária. O desembargador escrivão da Alçada, João Osório de Castro Sousa Falcão, informaria sem exagerar:

Que nada até agora se tinha achado de relações exteriores, e que tinha agora havido uma denúncia ao general de uma loja de maçonaria no Recife, em que principalmente figuravam o cônsul americano, e franceses, e alguns da terra. Que todos os filhos do país, ricos e com postos de ordenanças e milícias... com exceção de bem poucos, que talvez não chegassem a dez nas duas comarcas do Recife e Olinda, foram rebeldes mais ou menos entusiasmados. (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA: DOCUMENTOS HISTÓRICOS – A REVOLUÇÃO DE 1817. BIBLIOTECA NACIONAL DIVISAO DE OBRAS RARAS – RIO DE JANEIRO 1954. P. 93)

A historiadora Antonia Otonite de Oliveira Cortez (2000) nos lembra que as ideias iluministas e de revolução tomaram de conta de políticos influentes da região. Uma das famílias que incorporam essas ideias foi a de Bárbara de Alencar:

As lembranças desse tempo de luta eram evocadas, tomando-se emprestados os faustos acontecimentos de 1817 - quando um grupo de cratenses, seduzidos por José Martiniano de Alencar, incorporou-se à Revolução Pernambucana, estando presente inclusive sua mãe, Bárbara de Alencar, e seu irmão, Tristão Gonçalves, dentre outros. No Crato e por boa parte do Ceará, esse grupo tentara arrematar adeptos para a causa da independência do Brasil e a instauração de uma República. No Crato, em sintonia com o movimento de Recife, Martiniano proclamou a República no dia 3 de

Maio, quando, após a missa do domingo, vestido de batina e de roquete à cintura, leu o “Manifesto dos Revolucionários de Pernambuco” e deu vivas à pátria. (p. 26)

Figura 5: Calabouço onde permaneceu D. Bárbara de Alencar na Fortaleza de N^{ssa} S^{ra} da Assunção



Fonte: Vermelho.org / Badalo.com / Aventuras na História - uol

Além do apoio a Revolução Pernambucana, o Crato também marcou sua história na Confederação do Equador e não somente isso, a elite política da cidade adiantava-se ao restante do Brasil na luta pela independência, como ainda registra Cortez (2000):

1822 era outro marco a ser rememorizado, pois foi em 1º de setembro daquele mesmo ano que o Senado da Câmara do Crato, adiantando-se ao restante do Brasil, proclamara a independência no Crato, marcando o dia 7 de setembro para as eleições à Câmara de Deputados.

No movimento de instauração de uma memória identitária, 1824 era rememorado como uma continuação de 1817. Desta feita, várias datas seriam dignas de serem lembradas, desde o dia 28 de fevereiro, data em que a Câmara do Crato manifestou-se contrária à dissolução da Assembléia Constituinte, passando pelo 29 de abril, data em que o cratense Tristão Gonçalves foi escolhido para a presidência da Província do Ceará após a renúncia de Costa Barros, o primeiro como representante dos princípios liberais e o segundo acusado de tentar restabelecer o abominável despotismo. Coube ainda nas folhinhas de 1824 o dia 22 de maio, data em que Tristão Gonçalves, na qualidade de Presidente da Província, convidou o Ceará a juntar-se ao movimento da Confederação do Equador; e ainda o dia 18 de julho, data em que a Câmara do Crato

num ato de desobediência ao Imperador e obediência aos princípios liberais recusou-se a jurar por antecipação a Constituição.

A outra cidade de destaque no Cariri é Juazeiro do Norte, terra do Padre Cícero Romão Batista.

A Região do Cariri, sobretudo as cidades de Juazeiro do Norte e Crato, possuem não apenas características naturais “peculiares” ao sertão, mas também uma diversidade história e cultural que faz da região uma das mais expressivas do Nordeste. Juazeiro do Norte, antes vilarejo da cidade do Crato, foi emancipada em 1911 sob influência do Padre Cícero Romão Batista, que foi o seu primeiro prefeito. Juazeiro do Norte, sob a influência de Padre Cícero, se tornou uma das principais cidades do sertão nordestino, atraindo ao longo dos anos grande contingente de devotos. A religiosidade proeminente de Juazeiro se estende por todo o Cariri, conferindo à região a referência de “terra santa”. (SILVA, 2014.)

Padre Cícero é o grande nome do sertão nordestino por vários aspectos: religioso, político e econômico. Nascido no Crato em 24 de março de 1844, aos doze anos já queria ser padre em virtude de seus estudos junto ao padre João Marrocos Teles. Em 1865 ingressou no Seminário da Prainha em Fortaleza para dar início aos estudos de filosofia e teologia, cinco anos depois em 1870 recebe as ordens voltando para sua cidade natal. Chegando ao Crato começa a lecionar e celebrar algumas missas e uma dessas foi na Capela de Nossa Senhora das Dores localizada em Tabuleiro Grande atual Juazeiro do Norte. Em 1872 toma a decisão de ir residir nesse local levando sua mãe e suas irmãs. O que motivou sua ida para Juazeiro segundo nos conta o historiador Francisco Regis Lopes Ramos (2004) foi:

Durante o resto de sua vida, ele costumava dizer que a decisão de morar em Juazeiro fora consequência da aparição de Cristo. Falava que, durante um sonho, Cristo revelara que era preciso tomar conta dos famintos do sertão. Além desse, Padre Cícero gostava de contar outros sonhos que haviam guiado as suas decisões, como a aparição da alma de seu pai dando conselhos ou ainda revelações sobre os pecados do mundo (p. 347)

Ainda segundo Ramos (2004) o Padre Cícero para além do desejo de cumprir o desejo de Cristo e de seu pai “ele precisava criar cumplicidade” (p. 348) com a política e com a economia da região.

Figura 6: Mapa da Província do Ceará, 1860



Fonte: Diário de Freire Alemão

A notoriedade do Padre Cícero e conseqüentemente da cidade de Juazeiro do Norte se deu exatamente nesses três campos: religião, economia e política. O primeiro campo é consequência do milagre ocorrido em 1889:

Em março de 1889, acontecia, pela primeira vez em público, o ‘Milagre de Juazeiro’. A hóstia transmutava-se em sangue quando a beata Maria Madalena do Espírito Santo Araújo (1863-1914) recebia a comunhão da missa celebrada pelo Padre Cícero. A partir de então, os sertanejos começaram a alimentar crenças sobre o poder milagroso do Padre Cícero, criando rituais e narrativas em torno das forças do sagrado que aliviam os sofrimentos do viver. Desse modo apareceram as primeiras romarias para o pequeno povoado de Juazeiro. (RAMOS 2004, p. 345)

Esse milagre gerou um conflito com a diocese (dom Joaquim Vieira era o bispo da época do acontecimento) que se localizava na cidade do Crato, o resultado foi a suspensão das ordens como narra novamente Ramos (2004):

Em carta enviada ao Padre Cícero em julho de 1890, dom Joaquim escreve que, diante da insubordinação, não pode haver milagre: ‘Maria de Araújo desobedeceu-me!!! Para mim, está tudo acabado, não há sobrenaturalidade nos factos acontecidos com Maria de Araújo... meu juízo foi formado’. Em seguida, dom Joaquim adverte que o milagre passa a ser assunto falso e proibido. Com isso, iniciava-se uma longa trajetória de atritos entre as autoridades da Igreja Católica e o capelão de Juazeiro. A partir dos relatórios apresentados por duas comissões de inquérito, que foram a Juazeiro em 1891 e 1892, dom Joaquim conclui que não há milagre no acontecimento examinado. Diante disso Padre Cícero é proibido de pregar, confessar, dar conselho aos fieis e celebrar missa em Juazeiro. (p. 349-50)

As romarias (as maiores romarias são nos meses de julho, setembro e novembro) até os dias atuais são os eventos que mais geram arrecadação no comércio da cidade de Juazeiro do Norte, mesmo depois da destituição das ordens do Padre Cícero, os devotos decidem ficar ao lado do Padre Cícero, devotos esses que chegaram a Juazeiro em busca de esperança e trabalho depositando sua total confiança no padre milagroso.

A grande maioria dos migrantes que faziam a cidade aumentar de tamanho estava movida pela fé nos poderes do Padre Cícero. Muitas vezes, a busca por uma melhor condição de vida misturava-se com vivências ao sagrado. A experiência religiosa era o grande motor das migrações, mas o crescimento do comércio foi, paulatinamente transformando-se em grande atrativo. As atividades artesanais ou industriais e as transações de compra e venda vão assumindo uma proporção mais significativa para quem desejava montar um negócio ou arranjar um emprego. Em outros termos: Juazeiro continuava a ser uma ‘cidade sagrada’, mas também desenvolvia-se como ‘cidade profana’. (RAMOS, 2004, p. 356)

Os dois primeiros campos em destaque carregam em si sua relação com a política da região. Com o desenvolvimento econômico de Juazeiro houve outro embate, desta feita com a cidade do Crato.

Foi na onda do crescimento econômico que Juazeiro, em 1911, ficou independente do Crato. Para os romeiros, a situação não se modificava. O lugar permanecia sagrado: território onde morava o ‘santo padrinho’, que protegia os necessitados e alimentava as esperanças. (RAMOS 2004, p. 358)

Padre Cícero se ligou a política através do oligarca Nogueira Accioly, que o apoiou na luta pela independência de Juazeiro em relação ao Crato, mesmo desejando que esse processo fosse feito de modo pacífico, o padre Cícero encontrou nos políticos do Crato uma grande resistência, pois nesse momento o Crato arrecadava uma soma considerável de impostos vindos de Juazeiro. Junta-se a esse fator a “Política das Salvações” implantada pelo presidente Hermes da Fonseca e apoiada na época pelo governador do Ceará Franco Rabelo. Um dos objetivos dessa política,

[...] era combater os grupos que, em seus estados, desenvolviam práticas oligárquicas. No Ceará, esse plano foi instalado com o objetivo de depor a oligarquia de Nogueira Accioly, que, desde os fins do séc. XIX, manipulava a máquina do Estado, por meio de fraudes eleitorais e toda sorte de falcaturas. (RAMOS 2004, p. 359)

Diante dessa conjuntura política entre o presidente da república, o governador do Ceará e os políticos do Crato formou-se um bloco para atacar Juazeiro com o propósito acabar com os planos do Padre Cícero e seus aliados, um deles, o médico baiano Floro Bartolomeu.

No dia 20 de dezembro de 1913, Juazeiro sofreu o primeiro ataque das forças rabelistas. A defesa foi realizada com a ajuda do ‘Círculo da Mãe das Dores’, ou seja,

um conjunto de grandes trincheiras que os romeiros haviam construído ao redor da cidade.

Depois das vitórias sobre as forças de Franco Rabelo, um enorme contingente de sertanejos armados iniciou, sob comando de Floro, uma ‘peregrinação’ que só teve fim em Fortaleza. Pelo meio do caminho, aconteceram vários embates. Animados com o poderio bélico da multidão revoltada e incentivados pelas ordens de Floro, alguns combatentes esqueciam os conselhos do Padre Cícero e, durante as lutas, saqueavam ou destruíam os bens dos inimigos.

Para a história política do Ceará, a ‘Sedição de Juazeiro’ é mais um conflito entre classes dominantes, mais uma luta pelo poder, constituída por interesses particulares e de grupos políticos ou econômicos. Para os que lutaram em defesa de Juazeiro, a ‘Guerra de 14’, assumia vários significados. [...] Muitos acreditam que se tratava de uma guerra em nome de Deus. (RAMOS 2004, p. 361-62)

Esses destaques da história do Cariri¹ nos levam para um próximo ponto a ser debatido nesse trabalho. O Cariri cearense, é um local que se destaca em outros aspectos tão importantes quanto a sua história, os aspectos geográficos e socioeconômicos contemporâneos ajudarão a compreender a chegada e a implantação da Faculdade de Medicina no Cariri.

2.4 ASPECTOS GEOGRÁFICOS E SOCIOECONÔMICOS DA REGIÃO METROPOLITANA DO CARIRI

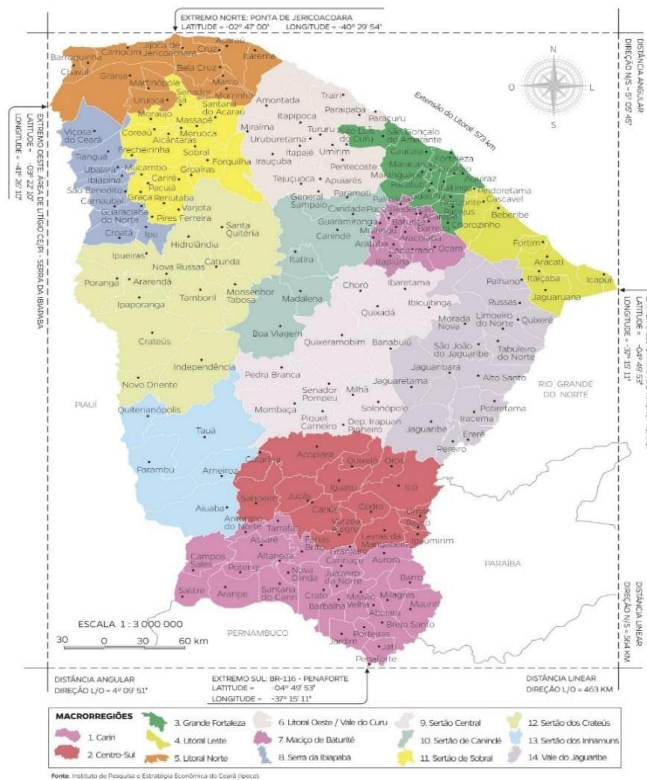
2.4.1 Território

O Diário Oficial do Estado do Ceará, em publicação de 22 de outubro de 2015, traz na lei complementar Nº 154 editado, em seu artigo 1º, definidas em 14 as regiões que configuram o seu território.

¹ Para maiores informações sobre a história do Juazeiro e do Cariri é importante destacar alguns autores que não constam nas referências desse trabalho: Ralph Della Cava, Maria do Carmo Pagan Forti, Luitgard de Oliveira Cavalcante Barros.

Figura 7: Regiões do Ceará

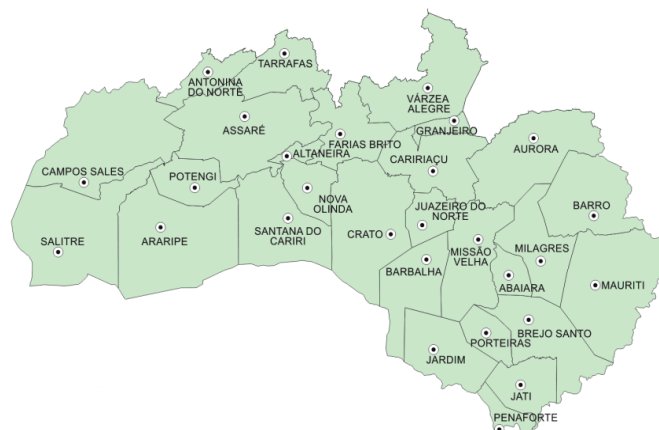
**LIMITES, DIVISAS, ÁREA E
MACRORREGIÕES DE PLANEJAMENTO**



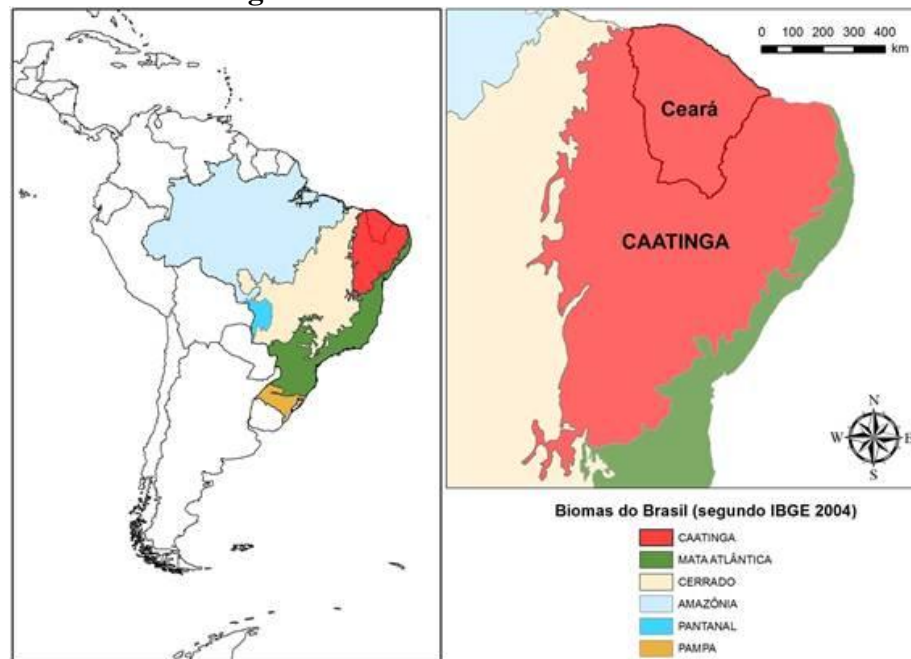
Fonte: Adaptado de IPECE (2009)

A primeira região citada no artigo é a **Região do Cariri**, composta por 29 municípios. São eles nomeadamente: Abaiara, Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Aurora, Barbalha, Barro, Brejo Santo, Campos Sales, Caririçu, Crato, Farias Brito, Granjeiro, Jardim, Jati, Juazeiro do Norte, Lavras da Mangabeira, Mauriti, Milagres, Missão Velha, Nova Olinda, Penaforte, Porteiras, Potengi, Salitre, Santana do Cariri, Tarrafas e Várzea Alegre.

Figura 8: Mapa do Território do Cariri



Fonte: Adaptado de IPECE (2009)

Figura 10: Biomas do Brasil em 2004

Fonte: Moro (2015).

Uma região semiárida em geral tem clima quente e seco, dificuldade para sustentar rios caudalosos perenes nos longos períodos de ausência de precipitações. A exceção é o Rio São Francisco, que entretanto dista cerca de 200 Km da região. Com essas características esperava-se do Cariri cearense uma região de hidrografia frágil, seca. Contudo, a região cariariense se configura numa mancha semiúmida em função da Chapada do Araripe (MORO, 2015).

Figura 11: Localização do Semiárido Brasileiro

Fonte: IBGE (2015).

A chapada que abraça a região caririense guarda seu nome indígena, embora seu significado varie com a fonte: “Araripe” derivado do tupi antigo *ararype* (*arara*, arara + *y*, rio + *pe*, em), significando “no rio das araras” (NAVARRO, 2013), ou ainda “lugar onde começa o dia”, do tupi-guarani *ara* (dia, tempo, mundo, claridade), *ari* (começo, nascimento) e *pe* (em, lugar, onde), talvez guardando relação com o paredão iluminado pela aurora (DICIONÁRIO TUPIGUARANI, 2019).

A chapada consiste num divisor de águas entre as bacias hidrográficas do Jaguaribe ao Norte, do São Francisco ao Sul e do Parnaíba a Oeste dividindo também os estados do Ceará, Pernambuco e Piauí. Forma-se a chapada como uma grande muralha entre os paralelos de 7° e 8° de Latitude Sul e os meridianos de 39° e 41° de Longitude Oeste de Greenwich e orientada de modo geral no sentido nordeste-sudoeste (SILVA, 2015; GEOPARK ARARIPE, 2019). Aos pés da chapada estende-se a Bacia do Araripe, área deprimida onde se dá a deposição de sedimentos. No caso da bacia sedimentar do Araripe, sua formação remonta à era Mesozoica (compreendida entre 250 a 65 milhões de anos atrás), onde predominam sedimentos posteriores à formação do Oceano Atlântico Sul, ocorrida após a separação do continente africano da América do Sul. Antes do período Cretáceo (último período da era Mesozóica), há 150 milhões de anos, já havia iniciado a deriva continental. Neste período, o mais exuberante para os dinossauros, o supercontinente do sul, o Gondwana, continha o que hoje é o Cariri como um imenso lago de água doce. O movimento das placas tectônicas juntou este lago à água do mar, depois erguendo uma imensa chapada. Na sua base predomina o argilito, sendo coberto pelo calcário e este por gipsita, tendo mais na superfície o afloramento de uma mistura sedimentar de folhelos de argila e nódulos de calcário. O que conhecemos hoje da chapada é o resultado de eras de desgaste erosivo pelos ventos e chuvas (LIMAVERDE, 2006; CARIRI, 2015). As transformações geológicas de milhões de anos ficaram gravadas no território Cariri de forma bastante legível. Segundo aduz o geógrafo, professor do Departamento de Geociências da Universidade Regional do Cariri (Urca), Marcelo Martins de Moura-Fé (2017), no Cariri abriu-se uma janela através da qual tem-se uma mirada para vários períodos da história geológica.

Uma história natural de milhões de anos, emoldurada pelos monumentais processos de junção e separação (ainda em curso) de dois continentes siameses, geográfica e culturalmente: América do Sul e África. Essa remota história geológica, intensa como ela foi (e é), ainda tem registros demarcados na paisagem do nordeste brasileiro e, no Cariri, fomentou a estruturação geológica da maior bacia sedimentar interior do território brasileiro, a bacia sedimentar do Araripe, a qual constitui um verdadeiro livro a céu aberto, onde cada formação rochosa conta um capítulo dessa história. E essa história encontra-se com a vida. (MOURA-FÉ, 2017)

O professor Moura-Fé (2017), superintendente do Museu de Paleontologia da Universidade Regional do Cariri (URCA), descreve a relevância do patrimônio natural fossilífero da chapada por sua extensão, diversidade e estado de conservação:

No Cariri estão dois dos principais depósitos fossilíferos do Brasil e do mundo: as formações Crato e Romualdo, com incríveis exemplares expostos no Museu de Paleontologia da Urca, na cidade de Santana do Cariri [...] Na formação Crato, constituída principalmente por calcários laminados, são encontrados os mais variados grupos de seres vivos, como também é abundante o número de fósseis por metro quadrado, bem preservados com tecidos moles, comprimidos ou em forma de impressões. Já a formação Romualdo é constituída por folhelhos com níveis de concreções carbonáticas, em muitas das quais são encontrados fósseis, a maioria peixes, mas também com a presença incrível de pterossauros, quelônios, crocodilomorfos, dinossauros e plantas. Juntas, essas formações são consideradas um *Konservat Lagerstätte*, ou seja, seus estratos apresentam fósseis em excelente estado de preservação e compõem parte do singular patrimônio natural do Cariri cearense. (MOURA-FÉ, 2017)

Sua formação rochosa tem origem litológica diversa, comprimida em diversas camadas, ou formações, que vão aflorando à medida em que o processo de erosão avança. Alguns pesquisadores comparam tais camadas como diferentes “capítulos” da história geológica. Moura-Fé (2017) compara a chapada do Araripe a um grande livro, ainda destacando a o papel que este incontornável acidente geológico exerce à sua primeira vista ou ao longo da vida: uma referência de lugar.

É a história da vida do planeta incrustada na alma da região Linhas escritas de forma caprichosa desenharam nesse “livro”, na sequência, o soerguimento, para mais de 900 metros de altura, das rochas da bacia do Araripe na forma de um majestoso modelado que emoldura a região do Cariri, a chapada do Araripe. Um gigante erguido ao curso de milhares de anos que traz identificação ao Cariri, enchendo os olhos dos visitantes e o peito de seus habitantes de um forte sentimento de pertencimento. (MOURA-FÉ, 2017)

Em sua maioria porosa, essa formação rochosa garante a absorção da água da chuva e seu contínuo afloramento aos pés da chapada em forma de fontes, dando origem a cursos d’água perenes (GEOPARK ARARIPE, 2019). Como registra o ICMBio: “As chapadas do Araripe e do Apodi são conhecidas como duas grandes cisternas que captam as águas durante a estação das chuvas, liberando-as para a flora e a fauna e para as populações sertanejas, ao longo da estação seca” (ICMBio, 2019).

De fato, a diversa estratigrafia da chapada começa pelo arenito poroso por onde infiltra-se francamente a água da chuva na grande área sinclinal do topo da serra e terminam numa camada de calcário impermeável onde se forma um depósito sob pressão da rocha. Porém, tais camadas estratigráficas tem uma leve inclinação de 6° em direção ao norte, fazendo com que a maior parte da água escoe docemente para a fachada setentrional da chapada aquinhoando o

Cariri cearense com suas inúmeras fontes cotadas próximo a 725 metros de altitude em relação ao nível do mar e cerca de 50 a 75 metros da parte superior do calcário, a maioria no Crato (LIMAVERDE, 2006; CRATO, 2012; PETRONE, 2017).

Com curvas de nível elevando-se entre 760 a 900 metros, chegando até 1.000 metros em alguns pontos, a Chapada do Araripe impõe importante barreira orográfica colhendo a barlavento a pluviosidade da porção norte do estado assim garantindo um clima mais ameno e ganhos na pluviosidade sobre a bacia, com temperaturas variando entre 20° e 35°C, variação de umidade relativa do ar entre 50 e 80% e pluviosidade sempre acima dos 1.000mm anuais, contrastando com seu entorno semiárido, onde a seca pode durar de sete a oito meses (RAMIRES, 2017; ICMBio, 2019).

[...]denominam a Chapada do Araripe como um dos enclaves úmidos mais singulares dentre as áreas úmidas de exceção do contexto semiárido brasileiro. Para os autores as condições úmidas ocorrem na encosta e no pé-de-serra do Cariri cearense, justificado principalmente pela permanência de cursos d'água que drenam o pé-de-serra úmido. Esse afloramento vasto de fontes advém das camadas sedimentares sotopostas mergulhadas para leste. Além deste fator, aponta-se a influência da ZCIT (Zona de Convergência Intertropical) do Atlântico como sistema climático atuante Xavier et al (2000). A umidade deste sistema, geralmente vinda do litoral norte, faz da Chapada uma área de barlavento, aumentando as chuvas na porção norte, onde a área de estudo deste trabalho está localizada, o que favorece uma singularidade fisionômica para o ambiente (ICMBio, 2019)

Este feliz conjunto de circunstâncias naturais, a composição estratigráfica, sua inclinação, juntamente com a natureza condensadora de umidade da face barlavento incrementando a pluviosidade destaca a região em relação aos sertões semiáridos que a circundam (PETRONE, 2017).

A antropóloga Rosiane Limaverde (2006) resgata uma característica sonora peculiar aguardada ansiosamente pelos caririenses:

No Crato é comum na época chuvosa, a população dos pés de serra ouvir ruídos produzidos pela corrente das águas que formam as nascentes, a quem o povo chama de “gemidos da serra”. No vale, em alguns lugares distantes vários quilômetros da Chapada brotam olhos d'água derivados, talvez do grande depósito existente acima umas dezenas de metros.

Desde o fim da última era glacial há 18.000 anos o planeta passou a aquecer-se e concentrar oxigênio o que fez a exuberância das florestas. Contudo, há 12.000 anos o clima esquentou a ponto de provocar a divisão de toda a floresta brasileira em Tropical e Mata Atlântica, com largas faixas de Cerrado e Caatinga entre elas (LIMAVERDE, 2006; CARIRI, 2015). Por conta da ligeira inclinação em favor do lado cearense o Cariri preservou pequenas manchas de matas úmidas, tornando-se, nas palavras de Rosiane Limaverde: “[...] uma amostra

do que foi esta floresta e cemitério aberto da megafauna que por aqui viveu e que hoje descobrimos através dos fósseis” (CARIRI, 2015).

Este período climático não afetou apenas a vegetação e o animais da região. A antropóloga Rosiane Limaverde considera possíveis alteração no fluxo dos primeiros habitantes humanos na região:

O Nordeste passou a ser o que é hoje depois do *esquentamento* há 12.000 anos que enxugou as matas, drenou rios e obrigou o homem a se adaptar e a se locomover em busca de condições de sobrevivência, água e caça. Quando tudo em volta secou, o Cariri manteve vida. É comum ouvir que a região é um “oásis no meio do sertão”, o que o geógrafo Aziz Ab’Saber explica em seu estudo sobre as “ilhas de umidade”. Ainda temos quase 300 fontes jorrando água e uma vegetação que dá pistas de nossa pré-história, assim como um pouco de mata atlântica, partes do Cerrado e da Caatinga que surgiram na época da mudança climática. É provável que já existisse o índio que conviveu com a floresta e esses animais, já que há indícios de presença humana aqui perto, em São Raimundo Nonato (PI). Lá foi encontrada uma fogueira de 50.000 anos, mas o número gera controvérsias. De qualquer forma foi para cá que o índio migrou, em busca do oásis. (LIMAVERDE, 2015)

A pesquisadora considerou as evidências da passagem do homem pela Serra da Capivara, no Piauí e pelo vale do Seridó, no Rio Grande do Norte e sabendo que a chapada do Araripe está no caminho destes dois sítios pôs-se a seguir os rastros de quem possa haver cruzado este caminho nas priscas eras (CARIRI, 2015).

A história de Rosiane Limaverde merece registro pelas interseções que fez da cultura, ensino e trabalho acadêmico. Ela iniciou sua carreira com interesse na música e cultura regionais junto com seu esposo Alemberg Quindins. Suas primeiras pesquisas miravam estes aspectos, sobretudo relacionados aos primeiros nativos. Em 1985, acompanhada pelo marido, também pesquisador da cultura Kariri, ela chegou a um sítio arqueológico na localidade de Santa Fé, próximo de onde nasceu e passou parte da infância. O antigo abrigo indígena a 800 metros de altitude estava guardado escondido por mata fechada e há poucos metros da nascente do rio Cariús. Por sua posição e gravuras a pesquisadora achou tratar-se de um santuário para cerimônias. Foi o primeiro de muitos encantamentos que teve ao desvendar outros sítios arqueológicos. Como o sítio Olho d’Água em Nova Olinda, rico em pinturas rupestres, o qual estudou para seu doutoramento. A pesquisadora recorda que neste sítio a parede com gravuras tinha altura de 1,70 metro entre o chão e a cobertura do abrigo. Inferindo haver mais intervenção humana soterrada iniciou o processo de escavação que a cabo de duas campanhas, cada uma de dez dias, vieram a lume mais achados:

[...] ela achou a menos de um metro, concentração de carvão datado de 800 anos AP (Antes do Presente). Ela então desceu ainda mais, até chegar a uma pedra, descobrindo tratar-se de um abrigo realmente curto, onde o índio deve ter pintado sentado. Seguindo a pedra, viu-se que o lugar tem um declive, como uma leve ladeira, por onde

Rosiane escavou até chegar aos 2,5 metros. Na descida encontrou ferramentas e sinais do riacho que brotava de uma fonte que foi geologicamente tapada e hoje estoura na fonte Zabelê. (REVISTA CARIRI, 2015)

Conforme registrado pelo periódico Cariri Revista (2015) a pesquisadora Rosiane Limaverde convidara o geólogo Jean Pierre Peulvast, da universidade Sorbonne, a visitar o abrigo. Nas escavações subseqüentes foram encontrados mais pigmentos de 1.800 anos AP e uma fogueira ainda bem estruturada, com as pedras bem arranjadas e madeira queimada. Amostras enviadas aos Estados Unidos para análises com carbono 14 dataram a estrutura de 3.150 anos AP. Segundo a pesquisadora, as diferentes datas mostram que o povo Cariri ocupou o lugar em vários momentos. Já o geólogo francês percebeu que grandes blocos de pedra no lugar haviam se soltado como resultado de cataclismos, os quais poderiam voltar a acontecer. Curiosamente, uma das lendas que o marido da pesquisadora buscava na tradição Kariri era a lenda da *Pedra da Batateira*, uma tradição oral rezando que uma grande pedra no sopé da serra guardava toda a água da serra do Araripe e que um dia ela iria rolar, inundando toda a cidade do Crato (CARIRI REVISTA, 2015).

Realmente o trabalho do casal Alemberg Quindins e Rosiane Limaverde iniciou-se pela pesquisa da cultura indígena, suas lendas e sua história. Mas enveredava também pela educação e resgate da cultura regional encampados a partir de um projeto iniciado pela restauração da casa do avô de Alemberg na cidade de Nova Olinda. Lá as crianças eram acolhidas e desenvolviam atividades extracurriculares, lúdicas, enquanto reviviam a cultura do Cariri. Ficou conhecido como o projeto Casa Grande, que se tornaria nacionalmente famoso. Envolveia também a coleção de artefatos indígenas que encontravam em suas incursões de pesquisa da cultura Kariri ou a partir de doações espontâneas das pessoas, à medida em que se tornavam notórios, referências regionais. Rosiane recorda este momento: “Com uma panelinha que dona Mariinha nos doou, uma machadinha que seu José chegou e disse ‘olha o que achei na minha roça’”, seu acervo foi ganhando corpo. “Começou a existir um ponto no Cariri que se preocupava com a arqueologia. Então foram surgindo outras descobertas pela região, aí as pessoas doavam o que encontravam”. Aos poucos o casal já amontoava grande quantidade de objetos de valor histórico, tudo acumulado na pequena casa onde moravam no centro do Crato. Cresceu a necessidade de catalogá-los e democratizá-los, enfim de responder por aquele acervo: “Eu já tinha feito o curso de História e especialização em História do Brasil”. E tomou a frente: “Como eu estava dentro do processo desde o início, então a pessoa mais habilitada a estudar arqueologia era eu”. Este foi o ponto de bifurcação na sua carreira, quando abraçou a arqueologia, pendulando da pesquisa artística para científica. O próximo passo da historiadora

formada pela Universidade Regional do cariri (URCA) foi tornar-se mestre em Arqueologia e Preservação do Patrimônio em 2006 pela Universidade federal de Pernambuco (UFPE). Ainda antes da conclusão do curso o casal trasladou seu acervo para Nova Olinda, e o projeto Casa Grande ganharia o sobrenome “Memorial do Homem Kariri”. Desde então o espaço foi sendo ampliado com a aquisição e qualificação de imóveis vizinhos, com apoio institucional e da população. Atualmente é uma referência cultural não apenas local, mas nacional (CARIRI REVISTA, 2015).

A arqueóloga considerou esta uma grande evolução em seu trabalho:

A partir de então a gente passou a sistematizar cientificamente as pesquisas na região. Tudo o que tínhamos feito de uma forma intuitiva começou a ser estudado com um olhar mais apurado, para que pudéssemos ter dados mais concretos desse homem e dessa história. (CARIRI REVISTA, 2015)

Recorda também de fatos relevantes como a de uma escavação no sítio São Bento em Crato. Um proprietário de terras realizava uma extração de areia aluvial para venda quando deparou-se com uma urna mortuária enterrada no local. Imediatamente a obra foi embargada pela prefeitura e seu proprietário proibido até de entrar nela. Restou-lhe apelar para a novel arqueóloga para que concluísse mais rapidamente o trabalho científico e desobrigasse sua propriedade. Pela primeira vez a própria Fundação Casa grande assumiu toda a execução do trabalho. Após a varredura do local foram encontrados a base da urna com restos mortais e cerca de 300 fragmentos espalhados, entre machados de pedra polida e ferramentas de lasca. Os ossos analisados em laboratório revelaram ser de cavalo ou boi, indicando serem posteriores à chegada do homem branco na região. Em geral, tais artefatos, como panelas e vasilhames, eram encontrados próximos a rios ou em terrenos de extração de barro para cerâmicas, locais onde os índios freqüentavam e produziam. Há registro de achados de materiais líticos e cerâmicos também em plantações de cana de açúcar pelos pés de serra da região e até um registro de 1933, durante a construção de uma pista de pouso, de uma urna funerária com ossos humanos e um cachimbo. Ao longo do tempo mais utensílios e restos mortais iam sendo encontrados e até catalogado, mas este material desapareceu. O compromisso do casal de pesquisadores e sua fundação foi de mudar esse destino das relíquias arqueológicas e históricas da região (CARIRIREVISTA, 2015).

Atualmente, com o apoio do Geopark Araripe o sítio arqueológico Santa Fé é um dos mais de 50 espalhados por 10 geossítios em todo o Cariri (ENTRELINHAS, 2019; URCA, 2019).

Rosiane Limaverde realizou doutoramento na Universidade de Coimbra em Portugal iniciado em 2008 e apenas concluído em 2015, após afastamento para tratamento de saúde. Na sala dos Actos, também conhecida como Sala dos Capelos, foi projetada a tese intitulada *Arqueologia Social Inclusiva – A Fundação Casa Grande e a Gestão do Patrimônio Cultural da Chapada do Araripe*. Diante de seis doutores e do reitor da instituição fundada em 1290 e um dos pilares da cultura ocidental postava-se a pequena caririense trajando o fato de doutoramento. Sua defesa cientificamente embasada, mas também emocionada narrava a história de uma região e de um povo que se confundia com a sua própria. Foi acolhida não apenas com aplausos, mas aprovada com louvor e distinção (CARIRI REVISTA, 2015).

Por conta de tantos serviços prestados nas áreas da educação, patrimônio e cultura Rosiane Limaverde chegou a receber a medalha da Ordem do Mérito Cultural do Ministério da Cultura e o Selo de responsabilidade Social do Governo do Estado, além de diversos prêmios de destaque nacionais (LATTES, 2019). Infelizmente em 2017 a cantora, compositora, historiadora, arqueóloga e pesquisadora sucumbiu aos 51 anos de idade, após cinco anos de luta contra um câncer, deixando um legado de amor à arte, à ciência e à sua terra (G1, 2017). Atualmente o cariri contém mais de 50 sítios arqueológicos e 10 geossítios, catalogados pelo GEOPARK Araripe, incluindo o Santa Fé (EBC, 2017; CARIRI REVISTA, 2015).

Figura 12: Pinturas rupestres no Cariri



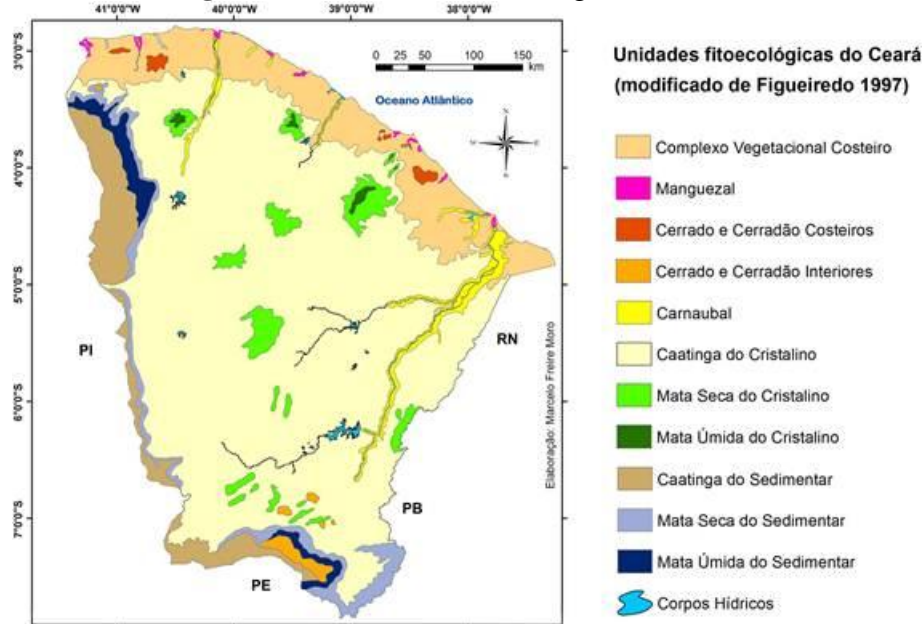
Fonte: Empresa Brasileira de Comunicação - EBC, 2017

A Bacia do Araripe representa a maior área de exposição de rochas cretáceas (12.200 km²) dentre as bacias interiores do Nordeste. A origem da Bacia do Araripe, bem como das demais bacias interiores do Nordeste. Seu desenvolvimento é descrito como pertencente a uma

fase de evolução tectônica neocomiana, associada à formação do Atlântico Sul. Assim, este solo oriundo do período cretáceo, guarda uma grande riqueza de fósseis. São descritos fósseis de algas, vegetais (angiospermas e gimnospermas), troncos fossilizados, artrópodes, moluscos, peixes, anfíbios, aves, equinóides, com destaque para os répteis, dinossauros terópodes (Dinosauria, Crocodyliformes, Squamata, Chelonia) e até pterossauros (Pterosauria) (CARVALHO, 2012).

Já a porção sedimentar, caracterizada pelos aquíferos e suas fontes apresenta vários ecossistemas em transição, uma exuberante vegetação com traços de mata atlântica, caatinga e cerrado, predominando este último, considerando em seu sistema as categorias de floresta subcaducifólia tropical pluvial (mata seca) e floresta subperenifólia tropical plúvio-nebular (mata úmida) sem subdivisões, independentemente de estarem sobre superfícies cristalinas ou sedimentares. (ICMBio, 2019).

Figura 13: Unidades Fitoecológicas do Ceará



Fonte: Moro (2015).

Esta rica vegetação abriga uma fauna extremamente diversa indo de insetos a répteis, passando por mamíferos, de grandes felídeos, cervos e porcos do mato a pequenos roedores. Mas o grande destaque é a diversidade de aves com 193 espécies catalogadas na área de proteção ambiental. Dentre elas, 15 espécies ocorrem exclusivamente no Brasil, delas sete estão em risco de extinção (ICMBio, 2019). Uma das espécies em situação mais delicada é a *Antilophia bokermanni*, descoberta em 1996 pelos pesquisadores Galileu Coelho e Weber Girão Silva. O pássaro é assim chamado em referência a Werner Carlos Augusto Bokermann, biólogo

natural de Botucatu que deu grande contribuição à ornitologia brasileira (RÊGO, 2010; CRATO 250 ANOS, 2014). Trata-se de uma espécie endêmica, só ocorre no Cariri cearense confinada a 31 quilômetros quadrados de mata na encosta da serra, entre Missão Velha, Barbalha, mas sobretudo nas terras do Crato. Em 2011, apenas 177 casais haviam sido identificados. Contando com os jovens, o total de espécimes chegaria a 800 indivíduos. Segundo Weber Girão, biólogo à frente da Associação de Pesquisa e Preservação de Ecossistemas Aquáticos (AQUASIS), a área de reprodução do pássaro é de apenas nove quilômetros quadrados, sempre restrita às matas mais próximas às fontes de água. Segundo o biólogo, o ideal seriam 100 Km² para garantir no mínimo 512 casais, eliminando assim o risco de endogamia (CRATO 250 ANOS, 2014).

O pequeno pássaro tem cerca de 15 centímetros, corpo preto e branco encimado por um “chapéu” vermelho e trava uma guerra não só por sua sobrevivência, mas também das matas e fontes d’água. Sua existência e reprodução depende delas. Assim, o *Antilophia bokermanni* troca seu pomposo nome científico pelo popular soldadinho-do-Araripe. Resiliente, o soldadinho representa o desejo e esforço de um povo para preservar suas riquezas naturais (CRATO 250 ANOS, 2014) (Figuras 6 e 7).

Figura 14: *Antilophia bokermanni* – O Soldadinho-do-Araripe



Foto do autor

2.4.3 Floresta Nacional (FLONA), Área de Proteção Ambiental (APA) da Chapada do Araripe

A defesa do patrimônio ambiental da Chapada do Araripe conta com apoio governamental e institucional. Em 1946, após intensa mobilização social, com respaldo de vários intelectuais da região, o então presidente da república Eurico Gaspar Dutra, mato-grossense de Cuiabá, assinou o decreto 9.226 criando a primeira Floresta Nacional (FLONA) no Brasil. A FLONA do Araripe-Apodi foi estabelecida em 02 de maio daquele ano garantindo proteção legal à riqueza natural da chapada numa área de 39.262,326 hectares. A unidade de conservação fora criada em duas glebas distintas, uma na serra do Araripe, em áreas dos estados do Ceará, Pernambuco e Piauí; e a outra na serra do Apodi, entre os estados do Ceará e Rio Grande do Norte (ICMBio, 2019). Inicialmente era subordinada ao Serviço Florestal, ligado na época ao Ministério da Agricultura. Esta seria a primeira medida legal para proibir o desmatamento na região. Foi uma medida ousada, à frente do seu tempo: “Naquela época, o pessoal tinha uma visão ecológica e ambiental muito forte. E o Crato tinha uma representação política muito forte também. Esse decreto foi um dos primeiros atos do governo Dutra” (Carlos Rafael Dias, historiador. CRATO 250 ANOS, 2014). O ano de 1996 registraria nova campanha regional ao cabo da qual logrou-se transformar, em 1997, todo o entorno da Chapada do Araripe em Área de Preservação Ambiental (APA).

Em 05 de junho de 2012, a presidente Dilma Rousseff ampliaria sua área de proteção a FLONA, também por decreto, em 706,77 hectares, perfazendo os atuais 38.919,47 hectares. Atualmente a unidade de conservação APA da Chapada do Araripe é administrada pelo Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade – ICMBio, ligado ao Ministério do Meio Ambiente. Na região do Cariri abrange os municípios de Santana do Cariri, Crato, Barbalha, Missão Velha e Jardim, além das inserções nos estados do Pernambuco e Piauí (TAVARES, 2016). Os principais objetivos da Unidade de Conservação (UC) são a manutenção das fontes de água e barrar o avanço da desertificação no Nordeste. Segundo registrado pelo próprio ICMBio não se trata de tarefa simples:

A criação da UC provocou forte resistência dos latifundiários locais, que detinham o poder político e conseguiram impedir a demarcação da gleba Apodi e retardar por 37 anos a demarcação da gleba Araripe. Diversos chefes da Flona defenderem arduamente a biodiversidade nativa em suas variadas formas e o interesse coletivo das presentes e futuras gerações. (Sandra Tavares, assessora de comunicação do ICMBio, 2019)

A página eletrônica do ICMBio registra a contribuição da chapada e sua FLONA para as principais bacias hidrográficas de seu entorno: “[...] 307 fontes jorrando das

faldas (base das montanhas) do Araripe, sendo oito vazando para a bacia do Parnaíba, 54 para a bacia do São Francisco e 245 para a bacia do Jaguaribe” (ICMBio, 2019). De fato, historicamente, durante as secas calamitosas que castigam o Nordeste, comunidades do entorno e fauna recuam para perto da chapada, que lhes provê refúgio.

A FLONA Araripe-Apodi conta com conselho consultivo desde 2001 e plano de manejo desde 2005. Este plano prevê o extrativismo sustentável por parte das comunidades tradicionais.

O plano de manejo prevê o extrativismo sustentável das vagens da *Dimorphandra gardneriana* (faveira); dos frutos do *Caryocar coriaceum* (pequizeiro); e da *Hancornia speciosa* (mangabeira); do látex da *Himatanthus drasticus* (janaguba) e a coleta de lenha seca para uso doméstico das famílias de baixa renda. O objetivo é garantir a segurança alimentar e nutricional e gerar ocupação e renda para as comunidades que vivem tradicionalmente desses recursos. (ICMBio, 2019)

Este esforço envolve a integração com o turismo ecológico e educação ambiental:

A Flona Araripe-Apodi recebe mais de 10 mil visitantes por ano para desenvolvimento de atividades de ecoturismo e de educação ambiental. A ideia é desenvolver um ecoturismo de base comunitária em parceria com instituições como Senac e Sebrae e ONGs como a Associação dos Condutores e Amigos da Floresta Nacional do Araripe (Acafa). A educação ambiental dá suporte aos especialistas nessa área que desejam desenvolver atividades na UC, bem como apoia as comissões de meio ambiente e qualidade de vida das escolas da zona de amortecimento da UC. (ICMBio, 2019)

Outro importante campo de integração é o da pesquisa científica:

A Flona tem sido um espaço privilegiado para a pesquisa. Em 2015 foi lançada na UC a publicação “Sociobiodiversidade na Chapada do Araripe”, editada por Ulysses Paulino de Albuquerque e Marcos Vinicius Meiado, que trouxe 23 trabalhos científicos sobre geologia, micologia, botânica, zoologia, etnobiologia da Flona e da Área de Proteção Ambiental - APA Chapada do Araripe, ambas administradas pelo ICMBio. (ICMBio, 2019)

Os principais desafios para a administração desta Unidade de Conservação (UC) estão relacionados à pressão antrópica e depredação do patrimônio histórico e ambiental (SILVA, M.D., 1991). Do lançamento de lixo na natureza, atropelamento da fauna, vandalismo, caça ilegal, desmatamento ilegal, pressão imobiliária a incêndios florestais, tudo fica por conta do seu resumido quadro administrativo:

Integram o quadro da Flona seis analistas ambientais e dois técnicos ambientais, um estagiário, seis vigilantes e dois terceirizados nos serviços de limpeza e conservação. No período crítico em relação a incêndios, que vai de julho a dezembro, a Flona conta com 18 brigadistas que cuidam da prevenção, combate e recuperação das áreas afetadas pelo fogo. (ICMBio, 2019)

O analista ambiental Francisco William Brito Bezerra considera o geossistema Araripe um microclima privilegiado no semiárido, abrigo para a fauna e comunidades inteiras, que dele

retiram e alimento, remédio e complemento de renda. Ele exalta a capacidade de resistência da floresta.

A grande lição da Flona Araripe para o Sistema Nacional de Unidades de Conservação (Snuc) tem sido seu poder de resiliência, pois enfrentou em seus 70 anos abusos, descasos e toda sorte de ameaças. Todavia continua prestando serviços essenciais para a região metropolitana do Cariri, para o Nordeste brasileiro e para toda biosfera. (Francisco Willian Brito Bezerra, analista ambiental da UC. ICMBio, 2019)

Por sua vez a chefe da FLONA avalia que a importância da floresta transcende os aspectos materiais mais evidentes.

Na Flona pesquisadores acham pistas sobre a evolução da vida no planeta; religiosos de diversas crenças encontram uma ligação com o criador; estudantes adquirem conhecimentos, desenvolvem habilidades, constroem valores e atitudes ecologicamente sustentáveis; artistas se inspiram; atletas praticam esportes e ganham saúde; visitantes se encantam. (Verônica Maria Figueiredo Lima, chefe da Flona Araripe-Apodi. ICMBio, 2019)

2.4.4 O Geopark Araripe

Contudo, o ano de 2006 traria para FLONA um equipamento decisivo para a qualificação do aproveitamento de seu potencial em diversas vertentes não deixando de lado sua preservação. A Universidade Regional do Cariri (URCA) articulou um projeto junto à Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) para integração da Chapada à rede de GEOPARK mundial. Bem-sucedido, o projeto conseguiu implantar na Chapada do Araripe o primeiro GEOPARK do continente americano e até o momento o único da América do Sul e Caribe – Brasil.

A Rede Global de Geoparques integra hoje 77 geoparques, concentrados principalmente na Europa e na China. Dois geoparques representam o continente americano, o Geopark Araripe (GA) (Ceará – Brasil) e o Stonehammer Geopark (Canadá). O GA foi o primeiro geoparque das Américas reconhecido pela Rede Global de Geoparques. Foi criado em 2006, através de iniciativas do Governo do Estado do Ceará em parceria com a Universidade Regional do Cariri (URCA) (MOCHIUTTI, 2012).

Figura 15: Rede de Geoparques Mundial



Fonte: The Interactive map of Global Geoparks Network (Disponível em: <http://www.staridasgeography.com/world-Geoparks/> after Staridas & Fassoulas, 2015)

Sua sede fica no Crato, mas o GEOPARK ARARIPE cobre seis municípios, numa área total de 3.796 Km² (CRATO 250 ANOS, 2014), distribuídos em nove geossítios, cada um caracterizando um período geológico diferente. Os registros geológicos percorrem entre 90 e 150 milhões de anos, especialmente no período Cretáceo, com grande riqueza de variedade de fósseis entre plantas, algas, de pequenos animais invertebrados até grandes pterossauros (dinossauros alados) (UNESCO, 2019).

Figura 16: Geossítios da Chapada do Araripe



Fonte: Site Conhecendo o Brasil

Diretor executivo do GEOPARK Araripe em 2017, o professor Marcelo Martins de Moura-Fé destaca a embocadura e responsabilidade do projeto:

O GeoPark Araripe tem como desafio particular a imprescindível abordagem holística dessa complexa e rica região. Ao longo desses 10 anos de existência, mudou a forma de se ver o Cariri, alicerçado em dois objetivos fundamentais: (1) promover a conservação do patrimônio natural (geodiversidade e biodiversidade) e do patrimônio cultural associado; em consonância com a (2) promoção do desenvolvimento

socioeconômico sustentável das comunidades locais, a priori aquelas situadas próximas aos geossítios, através da geoeducação e do geoturismo, objetivando a identificação, aproximação e cogestão desses espaços. (MOURA-FÉ, 2017)

Figura 17: Fóssil de Libélula – imagem icônica do Geopark Araripe



Fonte: Geopark Araripe (In: geoparkararipe.urca.br)

A UNESCO reconhece que o processo povoamento indígena, seguido da colonização e chegada de elementos de ascendência europeia e africana criou um ambiente de miscigenação de povos. Isso somado ao relativo isolamento geográfico do Cariri em relação às principais cidades brasileiras contribuiu para o desenvolvimento de uma identidade cultural única, expressa em seu folclore e manifestações artísticas e religiosas. O diretor do GEOPARK, o professor Moura-Fé (2017) traça um perfil da formação da identidade cultural da região do Cariri como o encontro de elementos de formação e propósitos bastante distintos.

O povo encontrou a natureza do Cariri, se encantou e ficou, deslumbrado com tantas belezas de um verdadeiro oásis no contexto semiárido nordestino, um cenário que seria fonte de inspiração para a criação de diversas lendas que hoje formam a mitologia da região. A história colonial do interior do nordeste brasileiro só chegou ao sertão do Cariri no início do século XVIII, dando início ao seu povoamento tardio com a instauração do ciclo do couro, percorrendo o Caminho das Boiadas, apagando

o rastro das trilhas indígenas no caminho das águas, trilhas outrora percorridas pelo homem Kariri (ou a sociedade indígena Kariri). (MOURA-FÉ, 2017)

Não se pode dizer que desse encontro, ou embate, de diferentes culturas tenha havido uma derrota ou aniquilação do nativo pelo alienígena hegemônico. Antes, dessa relação dialética, restou uma amálgama cultural rica e complexa, que bebe de múltiplas fontes e transpira em várias peles. Difícil de sintetizar num conceito a gama de expressões da produção cultural caririense. O professor Moura-Fé (2017)

[...] esse povo cresceu, mudou e abraçou essa natureza, maltratando, cuidando, vivenciando. E dessa relação histórica, dialética, humana, surgiu na região um verdadeiro nicho endêmico cultural, se é que existe essa expressão. São incontáveis expressões culturais associadas à natureza, presentes direta e indiretamente nas mais diversas formas de artesanato (com madeira, calcário, com barro cru ou cozido, com palha), nos mitos sobre castelos e princesas, lendas associadas às rochas, relevos, às águas dos rios e nascentes, contadas por meio da história oral há várias gerações. É a relação de identidade regional com a chapada do Araripe, nas letras das canções, nas rimas dos cordéis, nas danças, nas ferramentas, na lida diária dos trabalhadores, nas roupas, nos calçados, nas casas, nas palavras e nos gestos das pessoas. (MOURA-FÉ, 2017)

O diretor do GEOPARK, ao projetar a cultura caririense, instiga conterrâneos e o mundo a beber dessa fonte cultural e entre manifestações e efemérides desfia um rosário de contas culturais.

[...] vida que pulsa sob o ritmo das bandas cabaçais, que faz dançar as crianças, que rejuvenesce os mais velhos, que agrada ao paladar com sua culinária, que deslumbra o olhar através das suas paisagens, texturas, formas e cores. É o Cariri de Bárbara de Alencar, do Padre Cícero, da beata Maria de Araújo, de lutas e das resistências, da Fundação Casa Grande, da fé, de Violeta Arrais, de Alembert Quindins e Rosemberg Cariry, da arqueologia, dos Aniceto, da Escola de Saberes, da arte, do turismo, do beato Zé Lourenço. O Cariri das lendas, da música, do soldadinho do Araripe, de Espedito Seleiro, dos milagres, das romarias, da paleontologia, da ciência, do maneiro pau (um tipo de dança comum nas comunidades rurais do Cariri), do mestre Noza, da xilogravura, das paisagens, dos reisados, das águas e dos pau d'arcos, de um mundo que não se pode deixar de conhecer. (MOURA-FÉ, 2017)

O Jornalista caririense Antônio Vicelmo considera sua região como o caldeirão cultural do Ceará quando destaca que em apenas uma das suas diversas festas, a Festa de Santo Antônio de Barbalha, cerca de 50 grupos folclóricos desfilam pelas ruas da cidade, transformando-se num verdadeiro palco para essa “mistura de raças, ritos e danças que expressam a fé, a alegria e o sincretismo religioso do povo sertanejo” (DIÁRIO DO NORDESTE, 2005). O jornalista aponta a efervescência cultural que forma essa grande nação Cariri como advinda da miscigenação de raças. Como vindo de Câmara Cascudo (2014): “Como todos esses elementos foram vistos no Brasil, pertencem à normalidade do homem brasileiro, branco, negro, mestiço ou indígena” (CASCUDO, 2014).

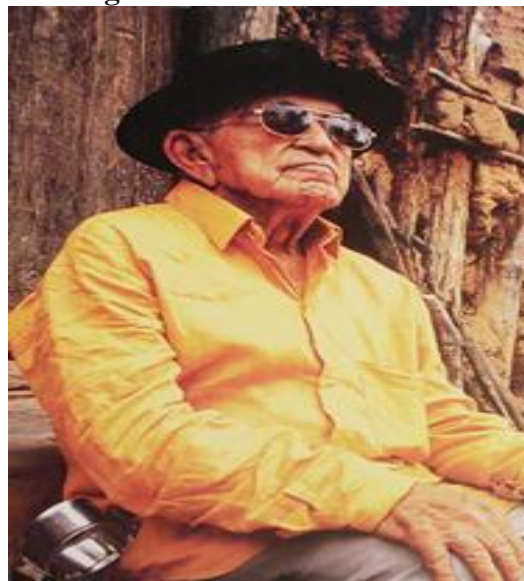
Arrastados pela fé no Padre Cícero, os romeiros fizeram do Cariri o sacrário de seus costumes e tradições. Os adventícios que aqui chegaram na caravana das crenças religiosas encontraram uma região fértil em tradições populares, herdadas dos índios Cariris e fortalecidas pelos colonizadores europeus. Estas manifestações estão, portanto, enraizados no dia-a-dia destes homens sofridos que encontram na fé o sentido de vida e nas festas populares o regozijo das dificuldades cotidianas. (DIÁRIO DO NORDESTE, 2005)

Segundo considera o jornalista, muitas destas expressões remontam às asperezas da vida no campo, retrato de um Cariri ainda rural marcado pela devoção religiosa e das diferenças de classe.

A festa popular rural constitui uma das poucas ocasiões em que o povo pode fazer a experiência de pertencer a uma história semelhante e de ter um destino comum que é garantido pela intercessão dos santos padroeiros, com a proteção dos quais, o pobre espera atravessar mais tranquilamente as dificuldades. Na fé todos se nivelam. Não existe distinção de classe e cor. É como um grito de gol que explode do peito de todos os torcedores identificados pela mesma emoção. A festa popular adia a ansiedade pelo trabalho para a sobrevivência, suspende o interesse imediato nas relações humanas, interrompe o domínio do valor de troca, proporcionando a experiência do valor de uso, do prazer ao trabalhar e ao ter responsabilidade. (DIÁRIO DO NORDESTE, 2005)

A vida dura no campo inspirou nomes como Patativa do Assaré, considerado o maior poeta popular do Nordeste, além de tantos outros. O autor de *Vaca Estrela* e *Boi Fubá* cantava: “cante a cidade que é sua, que eu canto o sertão que é meu”. Sua verve de tão espontânea o fazia um poeta em eterno estro: “pra todo canto que *óio* vejo um verso se *bulí* (pra todo canto que eu olho vejo um verso se bulir)” (PATATIVA DO ASSARÉ, 1978).

Figura 18: Patativa do Assaré



Fonte: cearacultural.com

Um dos célebres parceiros de Patativa, que poria melodia nos versos do poema Triste Partida também frequentou abundantemente o Cariri. Luíz Gonzaga, o rei do baião, só não nasceu no Crato, mas lá se fez sanfoneiro em começo de carreira. Dizia ser “metade pernambucano, metade cearense”. Em sua *derradeira despedida* foi velado no *Juazeiro de meu Padim*, como gostava de dizer, arrastando até Exu, no seu Pernambuco, uma multidão de caririenses a soluçar. O “velho lua” achou também no Cariri, farta matéria para sua música e arte: “Quero ser lembrado como o sanfoneiro que amou e cantou muito seu povo, o sertão; que cantou as aves, os animais, os padres, os cangaceiros, os retirantes, os valentes, os covardes, o amor” (MINUTO NORDESTE, 2015).

Figura 19: Luiz Gonzaga, o Rei do Baião



Fonte: Minuto Nordeste, 2015

De fato, no Cariri, estas manifestações brotam principalmente do desejo do sertanejo de expandir suas alegrias individuais um pouco mais apartadas da antiga liturgia elitista da igreja católica. Na religiosidade popular estão fincadas as raízes de manifestações como o Reisado, a Lapinha, comemorando o nascimento de Jesus, a festa dos Caretas e a Malhação do Judas na Semana Santa, onde se chora sua morte. Mesclando ritos pagãos e cristãos entre este alfa e ômega do calendário herdado pelos ibéricos se inserem as lendas e costumes indígenas ainda incrustados nos sítios e pés-de-serra. Nas festas de São João e São Pedro tem-se mais marcado esse sincretismo, como em outras partes do Nordeste, os bailes de salão ainda marcados em língua gaulesa do Século XVI são arremedados por gritos de “anarriê”, “anavantú” e “visa-visa” de pares pelos animados matutos (DIÁRIO DO NORDESTE, 2005).

Estas manifestações foram, ao longo do tempo, sendo incorporadas pela cultura urbana. Neste sentido iniciativas como a Mostra SESC Cariri de Culturas foram de grande importância para a projeção destas manifestações para além de seus nichos. De forma descentralizada, várias cidades do Cariri são contempladas com ações da mostra, onde além do Reisado, Lapinha e Quadrilhas, tomam de conta das ruas e teatros o Maneiro Pau, a Cintura Fina, as Bandas Cabaçais, o Coco e o Maracatu. Não apenas os espaços urbanos recebem os brincantes, mas os cidadãos são convidados a conhecerem *in loco* a produção de cada manifestação, seja por meio dos Museus Orgânicos¹, espaços qualificados pelo governo do estado nas próprias residências e ambiência dos brincantes, seja pelas famosas Terreiradas, festas a céu aberto realizadas nos terreiros das casas. Em sua 20ª edição a Mostra SESC Cariri de Culturas já contabilizava 108 grupos de tradição popular. Esta intensidade e diversidade do alcance da cultura popular não seria possível sem a política dos Mestres da Cultura. Programa que reconhece na tradição popular figuras guardiãs. São assim reconhecidos poetas, repentistas, cantores populares, aboiadores, xilogravuristas, escultores, artesãos em couro, barro, cerâmica, flandres, renda de bilro, brincantes, dramistas, artistas circenses, músicos das bandas de pífaros e cabaçais e mestres nas diversas manifestações populares. Uma das manifestações mais intrigantes e representativas do sincretismo religioso no Cariri são os grupos de *incelenças* que se auto-flagelam, chamados de penitentes. Misteriosos, apresentam-se de rostos cobertos e não emitem gemido ao chicotearem-se com látigos confeccionados de couro e navalhas nas costas nuas, não raro manchando de carmin suas vestes brancas. Os penitentes de Barbalha se apresentaram na III Jornada Científica organizada pelos acadêmicos de Medicina da UFCA, onde o tema central era o tratamento da dor (O DIAGNÓSTICO, 2005)

Esse “caldeirão cultural” não dispensa os elementos de sua cultura ancestral e este equipamento se envolve, além de seus propósitos científicos (Pós-Graduação Stricto pela URCA e outras IES), a integração de esforços interinstitucionais, públicos e privados, em prol de ações educativas e por meio de intercâmbio turístico privilegiando princípios de sustentabilidade (CRATO 250 ANOS, 2014; UNESCO, 2019).

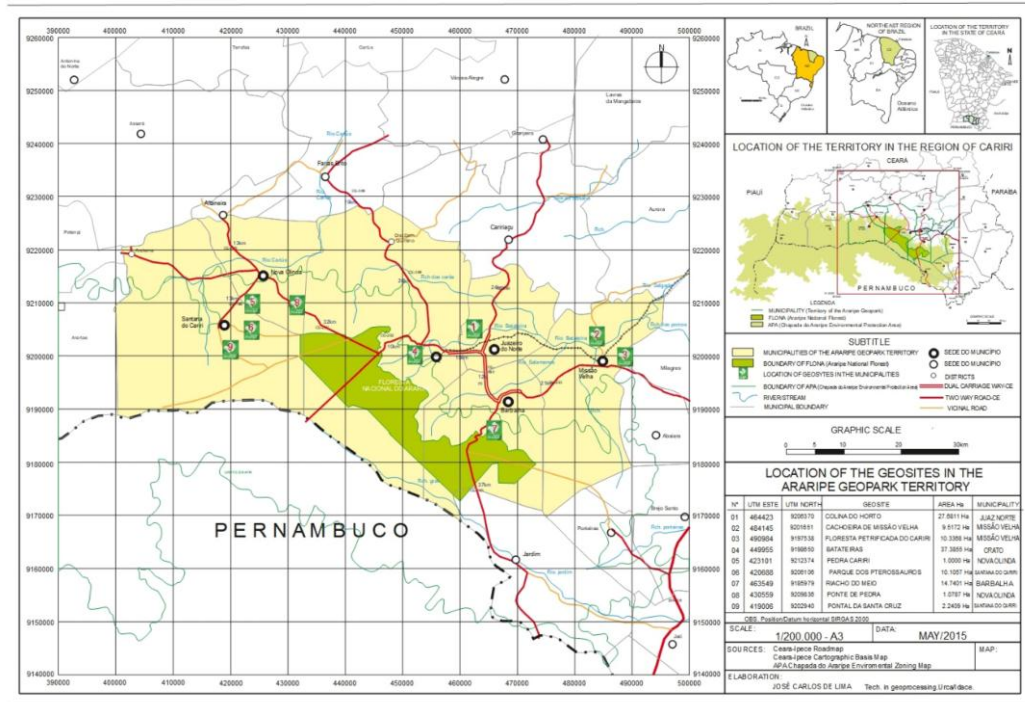
Figura 20: Brincantes da Festa do Pau da Bandeira nas Ruas de Barbalha - CE



Fonte: UNESCO (Araripe UNESCO Global Geopark, Brazil)

Recentemente, em 2018, o professor da URCA e doutorando da Cátedra UNESCO para GEOPARKs, desenvolvimento Regional Sustentável e Estilos de Vida Saudáveis na Universidade de Trás os Montes e Alto Douro em Portugal, Eduardo Guimarães teve artigo original publicado na revista internacional *Geosciences* e incluído na base de dados da Nacional Aeronautics and Space Administration (NASA), a agência aeroespacial norte-americana (URCA, 2019). Seu estudo se debruça sobre as demandas de visitação dos geossítios e seus impactos no território. Com base em seu estudo foram calculadas variáveis sobre impactos ambientais e sua relação com o perfil de gestão. Com base no estudo são propostas ações de gestão sob a perspectiva de uma matriz de prioridades (URCA, 2019). Seria muito difícil realizar estudos dessa embocadura sem a ampla integração entre as instituições, como propõe o projeto do GEOPARK ARARIPE.

Figura 21: Mapa do território do Geopark Araripe



Fonte: Adaptado da base de dados do Geopark Araripe, em: GUIMARÃES (2018)

2.4.5 Aspectos socioeconômicos da RMC

2.4.5.1 Aspectos socioeconômicos

A região do Cariri guarda não só o nome de seus primeiros povoadores, mas também muito dos costumes, da ligação com a terra, da agricultura e extrativismo das frutas e mandioca, que ainda perdura e que foi complementada pelos primeiros colonos exploradores brancos vindos do litoral e de outros sertões com a pecuária e novas culturas agrícolas. Ao longo de trezentos anos a economia e a sociedade evoluíram nos mais diversos ramos de atividade, sobretudo no século XX após o fenômeno das romarias sob influência do Padre Cícero. Merecem destaque dois aspectos: a força do setor de serviços e a miscigenação cultural que permeia toda a sociedade (CEARÁ, 2012).

Habitada pelos índios Kariri desde tempos imemoriais a região foi colonizada pelo elemento branco desde o início do século XVIII. Oficialmente Crato é o município mais antigo, estabelecido em 1764. A partir dele irradiou-se o desenvolvimento econômico da região e outros municípios foram sendo criados por desmembramento dele como Barbalha em 1846, e Juazeiro do Norte em 1911, entre outros (ANUÁRIO DO CEARÁ, 2018).

A cidade de Barbalha foi fundada em terras particulares, onde criou-se uma nucleação habitacional em torno de um ponto de descanso de tropeiros e rebanhos que vinham de

Pernambuco. Desmembrado de Crato em 1846 vem desenvolvendo-se principalmente na indústria, turismo e serviços de saúde e educação (CARLEIAL, 2015; ANUÁRIO DO CEARÁ, 2018; IBGE 2019).

A cidade de Juazeiro do Norte, antes um tímido distrito do Crato chamado Tabuleiro Grande, era um simples ponto de parada de rebanhos bovinos em torno da sombra de pés de Juazeiro, árvore típica do sertão. Uma das principais figuras responsáveis pela emancipação da cidade foi um filho do Crato, o Padre Cícero. Fundada em 1911, Juazeiro do Norte teve como seu primeiro prefeito venerável Padre e até hoje é considerada a capital da fé pelos romeiros nordestinos havendo se tornado uma das mais pujantes cidades do interior nordestino. É comum escutar no Cariri: “o Padre Cícero é filho do Crato e pai do Juazeiro”. A partir da centralidade espiritual e política do Padre Cícero, a cidade passou a receber cada vez mais romeiros de todo o interior do Nordeste, muitos dos quais passaram a habitar a cidade e a região. O velho taumaturgo do Juazeiro era escutado e respeitado por humildes e poderosos. Suas palavras traziam não só fé e esperança para o sofrido sertanejo. Além dos lenitivos espirituais sua pregação defendia veementemente a importância do trabalho e do empreendedorismo na redenção da condição social do sertanejo, qualquer que fosse seu ofício. O venerando padre costumava pregar “em cada casa um altar e uma oficina”. Deu-se desde então uma modificação nas relações senhoriais de trabalho seculares que limitavam o sertanejo ao trabalho na terra do patrão. Abriu-se uma janela de oportunidades que perdura até nossos dias. Até hoje não só no Juazeiro do Norte, mas em todo Nordeste há inúmeros estabelecimentos comerciais com o nome do Padre Cícero (GUIA INVESTIMENTO CEARÁ 2018; ANUÁRIO DO CEARÁ, 2018).

O Cariri desenvolveu-se a partir do núcleo, hoje conurbado, formado por Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, o triângulo CRAJUBAR. Este termo anteriormente utilizado, teria sido cunhado por volta do ano 1964, ainda época de grande influência do Crato, segundo o memorialista cratense Huberto Cabral, pelo Sr. Jefferson Albuquerque, outro cratense, funcionário do Banco do Brasil e da Carteira Agrícola, um dos primeiros ambientalistas da região (QUEIROZ, 2014; CEARÁ, 2017).

Segundo aponta José Horta Nunes (2019), pode-se compreender o fenômeno da conurbação como “Conjunto formado por uma cidade e seus subúrbios, ou por cidades reunidas, que constituem uma sequência sem, contudo, se confundirem” (ENDICI, 2019). Segundo este autor, este fenômeno remonta às grandes aglomerações urbanas que se sucederam ao processo de industrialização na Grã-Bretanha e de outras regiões da Europa (ENDICI, 2019). Sobre o conceito o autor considera:

[...] o sentido de *conurbação* não contempla apenas o de uma aglomeração ou reunião de cidades em um espaço abstrato, mas está ligada a uma “nova forma de agrupamento demográfico” que leva a “novas formas de agrupamento social”, de “governo” e de “administração”. Inseridas no urbanismo, tais diretrizes compõem as práticas a serem implementadas no planejamento das cidades. (José Horta Nunes. ENDICI, 2019)

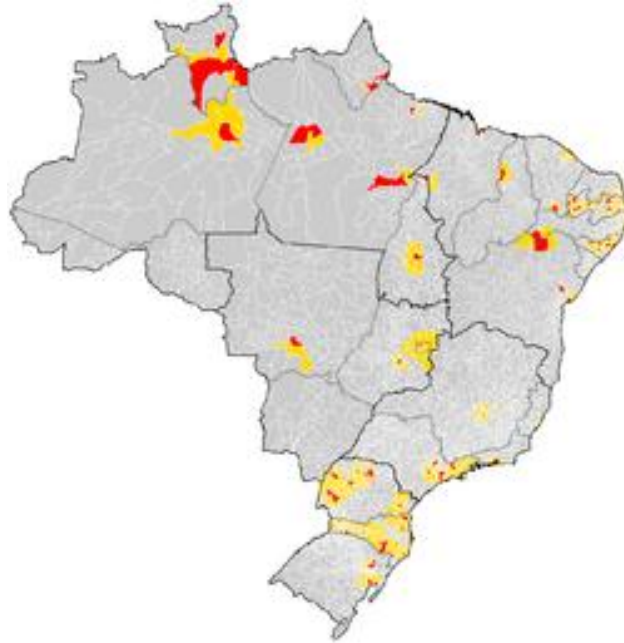
Neste contexto os municípios envolvidos tenderiam a superar diferenças e evoluir para uma “neotécnica”, privilegiando ideais de vida, planejamento, higiene e beleza. Assim, afirma o autor, “desse ponto de vista evolucionista, o estudo da conurbação, por meio de levantamentos das aglomerações urbanas, levaria a um período de planejamento urbano como forma mais avançada de civilização”. E ainda observa que, embora nela não conste a palavra “conurbação”, a Carta Constitucional de 1988 prevê a possibilidade de os estados federativos instituírem regiões metropolitanas constituídas por agrupamento de municípios limítrofes, visando ao seu planejamento comum (José Horta Nunes. ENDICI, 2019).

Apresentamos aqui aspectos concernentes à economia e estrutura social do Cariri, mas em alguns momentos dando ênfase à Região Metropolitana do Cariri (RMC) e seu papel no desenvolvimento da região como um todo. Ao longo desta composição buscamos também elencar pontos de convergência com e influência para as questões da saúde na região.

A microrregião do Cariri contém em seu núcleo a Região Metropolitana do Cariri – RMC (CEARÁ, 2015). Essa região metropolitana é composta atualmente por nove municípios: Juazeiro do Norte, Crato, Barbalha, Jardim, Missão Velha, Caririçu, Farias Brito, Nova Olinda e Santana do Cariri, perfazendo 5.456,01 Km² do total de 16.350,40 km² compreendido pelos 29 municípios da microrregião (IBGE, 2010).

Segundo o portal do Governo do Estado do Ceará, em sua seção da Secretaria das Cidades, a Região Metropolitana do Cariri foi criada pela Lei Complementar Estadual n° 78 e sancionada em 29 de junho de 2009. O Cariri entrava assim no mapa nacional das regiões metropolitanas (CEARÁ, 2017).

Figura 22 – Regiões Metropolitanas do Brasil



Fonte: adaptação de Secretaria das Cidades (2019).

A RMC se situa a uma distância média de 600 quilômetros das duas metrópoles regionais nordestinas mais próximas, Fortaleza, sua capital, e Recife, capital do vizinho estado de Pernambuco. Estas duas cidades exercem historicamente maior influência cultural e complementaridade socioeconômica em relação à região do Cariri (CEARÁ, 2019). Contudo, ao observarmos sua posição geográfica, percebemos a centralidade do Cariri cearense em relação a várias capitais nordestinas, de maneira quase equidistante. O pesquisador Aguiar Neto (2012), em artigo intitulado *DESENVOLVIMENTO REGIONAL: Um Estudo Na Região Metropolitana do Cariri* considera este um ponto favorável ao crescimento da RMC (AGUIAR NETO, 2012).

Figura 23: Posição geográfica do Cariri cearense em relação às capitais nordestinas



Fonte: adaptação de Macedo in: Juanorte (2019)

O objetivo perseguido com a criação da RMC seria o de reduzir as disparidades sociais e econômicas em relação à capital, como também tentar harmonizar o desenvolvimento entre seus três principais municípios e os demais 26. Como se percebe na figura 24, ao centro da RMC estão os municípios de Crato, Juazeiro e Barbalha, ou triângulo CRAJUBAR como anteriormente chamado.

O crescimento econômico vem ocorrendo de modo muito concentrado tanto no em aspectos setoriais como espacial. Enquanto a região metrópole cresce com altas taxas, as demais permanecem estagnadas e perdem cada vez mais a sua participação no entorno metropolitano, assim os fatores de produção, como capital e mão-de-obra, tendem a emigrar das cidades periféricas em direção do polo, o que vem acontecendo com frequência. (AGUIAR NETO, 2012)

Figura 24: Região Metropolitana do Cariri destacando o Núcleo CRAJUBAR



Fonte: adaptação de Secretaria das Cidades (2019).

Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha não distam mais do que 20 Km entre si, o que facilitou o processo de conurbação. Quanto aos outros municípios da região, eles se comunicam por vias estaduais, com a média de 92 km para o município polo de Crato e 45,4 Km para o município polo de Juazeiro do Norte, sendo que apenas seis municípios apresentam distância superior a 100 quilômetros (CEARÁ, 2012).

Tabela 2: Distâncias de municípios caririenses para Crato e Juazeiro do Norte.

Município	Distância p/ o município de Crato (Km)
Altaneira	52
Antonina do Norte	104
Araripe	102
Assaré	84
Campos Sales	135
Farias Brito	46
Nova Olinda	39
Potengi	81
Salitre	162
Santana do Cariri	52
Tarrafas	166,4
Várzea Alegre	81
Município	Distância para o município de Juazeiro do Norte (Km)
Barbalha	10
Jardim	47
Missão Velha	31
Caririaçu	27
Granjeiro	112

FONTE: TOTEM/DER 2009

Fonte: DER, 2009 in: CEARÁ, 2012

Segundo a última estimativa do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará - IPECE, em 2017, dos 1.014.610 de habitantes da Região do Cariri, 601.817 se concentravam na RMC (CEARÁ, 2017).

A conurbação formada pelos três maiores municípios caririenses concentrava em 2017 aproximadamente 460.798 habitantes da RMC. Seu município mais populoso, também o menor do triângulo em extensão territorial, Juazeiro do Norte, contava sozinho com 270.383 habitantes, 26,35% da população de toda a microrregião, com uma densidade demográfica de 1.086,61 habitantes por quilômetro quadrado. Menores que o Juazeiro em população, Crato e Barbalha contavam com 130.604 e 59.811 habitantes respectivamente, enquanto há municípios bem menos populosos. O município de Granjeiro por exemplo, no mesmo ano contava com apenas 4.425 habitantes. Em adição, se observarmos a taxa média geométrica de crescimento anual da população de 2011 a 2017, percebemos que os três municípios da conurbação aumentaram sua população, com destaque para Juazeiro do Norte, com a taxa de 1,12%, enquanto a grande maioria dos outros municípios encontram-se estáveis com taxas de crescimento até 1% ou até negativas (CEARÁ, 2017). Para efeito de comparação, no ano de

2017, o Estado do Ceará registrava 9.020.460 habitantes, a Região Metropolitana de Fortaleza registrava 4.051.744. Destes, 2.627.482 habitantes concentravam-se nos limites da capital (CEARÁ, 2017). Essas disparidades tornam oportuno considerar:

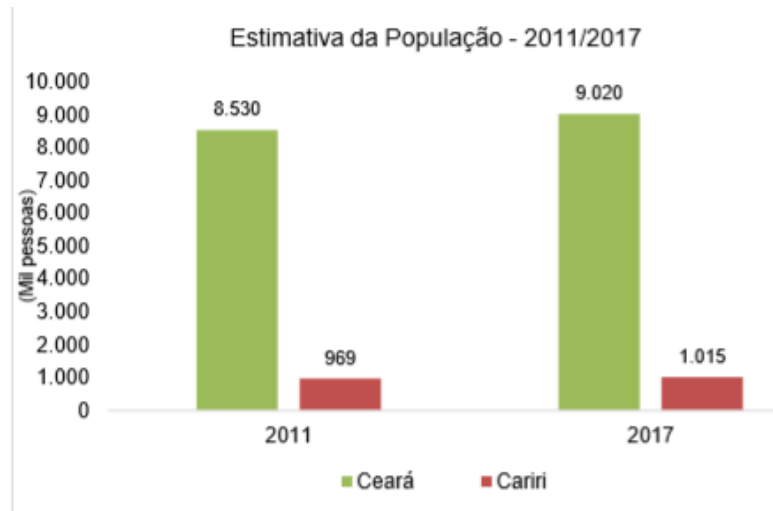
O correto seria o crescimento mais do que proporcional da região central, em relação às suas periféricas, o que traduziria um menor desenvolvimento da economia como um todo em curto prazo, porém com maiores benefícios a médio e longo prazo. A centralização do desenvolvimento, a partir do pólo principal, poderá ser prejudicada pela pobreza das demais regiões e pela ausência de estímulos ao surgimento de integração na RMC. Desse modo, serão gerados futuramente problemas não só a nível econômico, mas também social e sanitário e a alternativa recomendável para manter o crescimento será a reestruturação das regiões periféricas o que gera insatisfação na região central. (AGUIAR NETO, 2012)

Tabela 3: População da região do Cariri

Estimativa da população, segundo os municípios da Região – 2017		
Região de Planejamento	Estimativa da população	% de Participação
Cariri	1.014.610	100,00
Abaiara	11.605	1,14
Altaneira	7.479	0,74
Antonina do Norte	7.278	0,72
Araripe	21.398	2,11
Assaré	23.254	2,29
Aurora	24.496	2,41
Barbalha	59.811	5,89
Barro	22.440	2,21
Brejo Santo	48.830	4,81
Campos Sales	27.209	2,68
Caririáçu	26.892	2,65
Crato	130.604	12,87
Farias Brito	18.720	1,85
Granjeiro	4.425	0,44
Jardim	27.076	2,67
Jati	7.847	0,77
Juazeiro do Norte	270.383	26,65
Lavras da Mangabeira	31.335	3,09
Mauriti	46.548	4,59
Milagres	28.231	2,78
Missão Velha	35.409	3,49
Nova Olinda	15.433	1,52
Penaforte	8.956	0,88
Porteiras	14.921	1,47
Potengi	10.918	1,08
Salitre	16.331	1,61
Santana do Cariri	17.489	1,72
Tarrafas	8.852	0,87
Várzea Alegre	40.440	3,99

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Fonte: IPECE, 2017

Gráfico 1: População do Cariri em comparação à do Estado do Ceará, 2011-2017

Fonte: IBGE

Fonte: IPECE, 2017

Já conforme noticiado no Gazeta Cariri, site regional de notícias, o IBGE estimava para o ano de 2018 uma população na RMC de 605.518 habitantes, um crescimento de 7,27% em média, comparado ao último censo em 2010. Segundo informou ao veículo de notícias o chefe da agência do IBGE em Juazeiro do Norte, Cícero Pereira, a estimativa é feita cidade a cidade, por determinação constitucional anualmente, enquanto o censo apenas a cada dez anos. Em tais estimativas, todas as cidades cresceram em taxas distintas, com destaque para Barbalha com crescimento populacional de 8,73%, com exceção da cidade de Farias Brito que retraiu em 0,65%, como já anteriormente citado (GAZETA DO CARIRI, 2018).

Tabela 4: Previsão de crescimento populacional na RMC

CRESCIMENTO POPULACIONAL				
CIDADE	POPULAÇÃO		DIFERENÇA	CRESCIMENTO
	2010	2018		%
Barbalha	55.323	60.155	4.832	8,73
Caririçu	26.393	27.095	702	2,65
Crato	121.428	131.372	9.944	8,18
Farias Brito	19.007	18.882	-125	-0,65
Jardim	26.688	27.284	596	2,23
Juazeiro do Norte	249.939	271.926	21.987	8,79
Missão Velha	34.274	35.662	1.388	4,04
Nova Olinda	14.256	15.520	1.264	8,86
Santana do Cariri	17.170	17.622	452	2,63

Fonte: Gazeta do Cariri, 2018

Tomando por base o mesmo método utilizado pelo IBGE, só que com outras taxas, registradas entre 2010 e 2014, o professor universitário e estudioso da região Renato Casimiro havia prolongado esta estimativa até 2026, prevendo uma verdadeira explosão demográfica que até o momento não tem se concretizado. De fato, as estimativas populacionais sofrem a influência de um sem número de fatores, como os de ordem econômica a título de exemplo. É necessário levar em conta as observações dos órgãos estatísticos em mais curto prazo, sempre com o olhar mais macro da situação socioeconômica (BLOG DO CRATO, 2014).

Tabela 5: Projeção das estimativas para o crescimento da população da Região Metropolitana do Cariri por Renato Casimiro

MUNICÍPIO	2010	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Juazeiro do Norte	249.939	263.704	278.227	293.550	309.717	326.774	344.771
Crato	121.428	127.657	134.206	141.090	148.328	155.937	163.936
Barbalha	55.323	58.347	61.536	64.900	68.447	72.189	76.135
Missão Velha	34.274	35.150	36.048	36.970	37.915	38.884	39.878
Jardim	26.688	27.069	27.455	27.847	28.245	28.648	29.057
Caririáçu	26.393	26.840	27.295	27.757	28.227	28.705	29.191
Farias Brito	19.007	18.937	18.867	18.798	18.729	18.660	18.591
Santana do Cariri	17.170	17.457	17.749	18.045	18.347	18.654	18.966
Nova Olinda	14.256	15.048	15.884	16.766	17.698	18.681	19.719
Reg. Metrop. Cariri	564.478	590.209	617.113	645.243	674.656	705.409	737.564
MUNICÍPIO	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026
Juazeiro do Norte	363.758	383.792	404.928	427.229	450.758	475.583	501.775
Crato	172.345	181.186	190.481	200.252	210.524	221.324	232.677
Barbalha	80.296	84.685	89.314	94.196	99.345	104.775	110.503
Missão Velha	40.897	41.942	43.014	44.113	45.241	46.397	47.583
Jardim	29.472	29.893	30.319	30.752	31.191	31.637	32.088
Caririáçu	29.686	30.188	30.700	31.220	31.748	32.286	32.833
Farias Brito	18.522	18.454	18.386	18.318	18.251	18.184	18.117
Santana do Cariri	19.283	19.605	19.933	20.266	20.605	20.949	21.299
Nova Olinda	20.814	21.971	23.191	24.480	25.840	27.275	28.791
Reg. Metrop. Cariri	771.185	806.339	843.095	881.526	921.709	963.724	1.007.654

Fonte: Blog do Crato, 2014

Desde meados dos anos 2000 a região do Cariri tem experimentado modificações sociais no sentido do aumento populacional, sua urbanização, envelhecimento e queda da fecundidade (número médio de filhos que uma mulher tem ao longo de seu período reprodutivo). No campo econômico, apesar de oscilações, houve ganhos na renda per capita. Aqui em alguns momentos apresentaremos dados do Subprojeto QualiSUS – 2012. Este projeto utiliza dados colhidos de alguns anos anteriores à época da implantação da RMC até seus primeiros dois anos e concernentes às Regiões de Saúde – RS de Crato e Juazeiro do Norte, compostos por 19 municípios, dentre eles Barbalha. Segundo seus dados, em 2011, as duas maiores cidades da região, Juazeiro do Norte e Crato, concentravam 34.6% e 16.7% da população respectivamente, com destaque para Juazeiro do Norte, cuja densidade populacional já ultrapassava os 1.000

habitantes/m² e continuou crescendo como registrado em 2017. Este fluxo aumentado para a maior cidade da região fez com que neste ano Juazeiro do Norte detivesse apenas em sua força de trabalho 49.812 postos de trabalho formal, não só na indústria, principalmente na área de comércio e serviços. (CEARÁ, 2012; CEARÁ, 2017; GUIA INVESTIMENTO CEARÁ, 2018).

Tabela 6: Área e população adscrita às Regiões de Saúde de Crato e Juazeiro do Norte

População	Área (Km ²)	Pop. Total	Hab p/ Km ²
Altaneira	73,296	6.946	93,54
Antonina do Norte	260,101	7.020	26,85
Araripe	1.347,050	20.768	15,36
Assaré	1.116,320	22.540	20,11
Barbalha	479,184	55.959	115,45
Campos Sales	1.182,770	26.578	24,48
Caririçu	623,823	26.432	42,31
Crato	1.009,200	122.716	120,32
Farias Brito	503,574	18.931	37,74
Granjeiro	100,135	4.589	46,23
Jardim	457,034	26.709	58,39
Juazeiro do Norte	248,558	252.841	1.005,56
Missão Velha	651,108	34.404	52,64
Nova Olinda	284,404	14.423	50,13
Potengi	338,723	10.363	30,34
Salitre	899,824	15.570	17,17
Santana do Cariri	768,768	17.195	22,33
Tarafas	454,390	8.887	19,61
Várzea Alegre	835,706	38.697	45,99
TOTAL	11.533,968	731.568	63,43

FONTE: IBGE – Resolução n.º 6, de 30 de agosto de 2011

Fonte: QualiSUS, 2012

Tabela 7: Densidade demográfica Comparativa das RS Crato e Juazeiro do Norte em relação ao estado, região e o país

LOCALIDADE	ÁREA POR KM ²	POPULAÇÃO	NÚMERO POR HAB./POR KM ²
Brasil	8.514.876,60	192.236.496	22,58
Nordeste	1.554.257,00	53.500.965	34,42
Ceará	148.825,60	8.530.058	57,32
Crato e Juazeiro do Norte	11.533,97	731.568	63,43

FONTE: IBGE

Fonte: QualiSUS, 2012

Tabela 8: Evolução da densidade demográfica de 2011 a 2017

Indicadores demográficos, segundo os municípios da Região – 2011/2017

Região de Planejamento	Densidade demográfica (hab./km ²)		Taxa média geométrica de crescimento anual da população (%) (2011/2017)
	2011	2017	
Cariri	55,72	58,34	1,43
Abaíara	59,60	64,89	1,24
Altaneira	94,77	102,04	0,60
Antonina do Norte	26,99	27,98	0,50
Araúpe	18,88	19,45	0,52
Assaré	20,19	20,93	-0,01
Aurora	27,68	27,65	1,12
Barbalha	98,26	105,02	0,61
Barro	30,38	31,52	1,11
Brejo Santo	68,90	73,60	0,39
Campos Sales	24,55	25,13	0,77
Caririaguá	42,39	43,13	0,29
Crato	104,31	111,01	1,04
Farias Brito	37,59	37,17	-0,19
Granjeiro	45,83	44,19	-0,60
Jardim	48,35	49,01	0,23
Jati	21,77	22,21	0,34
Juazeiro do Norte	1.016,11	1.086,61	1,12
Lavras da Mangabeira	32,79	33,05	0,14
Mauriti	42,44	44,35	0,74
Milagres	46,60	46,55	-0,02
Missão Velha	53,28	54,84	0,48
Nova Olinda	50,71	54,26	1,13
Penaforte	55,57	59,82	1,24
Porteiras	69,01	68,58	-0,10
Potengi	30,59	32,23	0,87
Salitre	19,36	20,30	0,80
Santana do Cariri	20,10	20,44	0,28
Tarrafas	19,56	19,48	-0,07
Várzea Alegre	46,30	48,39	0,74

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Fonte: IPECE, 2017

Mesmo havendo o Cariri acelerado seu crescimento nos últimos anos, capitaneado por Juazeiro do Norte, que passou da 5ª para a 3ª economia estadual no período de 2000 a 2008, percebe-se ainda desigualdades em relação ao desenvolvimento no estado do Ceará. O estado ainda concentra sua maior parcela do PIB nas cidades mais industrializadas como Fortaleza, Maracanaú e Caucaia, todas na Região Metropolitana de Fortaleza. A exceção é Sobral, cidade polo na região Norte.

Tabela 9: Maiores PIB's do Ceará no Período de 2008

Cidades	PIB
Fortaleza	R\$ 8.350.622.000,00
Maracanaú	R\$ 3.121.055.000,00
Juazeiro do Norte	R\$ 1.986.996.000,00
Caucaia	R\$ 1.952.311.000,00
Sobral	R\$ 1.702.060.000,00

Fonte: Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte, 2009; Adaptado de AGUIAR NETO, 2012

A despeito do menor parque industrial, no ano de 2012 o Cariri ainda contribuiria com 9.63 bilhões de reais neste setor. A composição da indústria na formação do PIB municipal mostra que Brejo Santo (22,9%), Barbalha (22,3%), Missão Velha (16,28%) e Crato (14,61%) situam-se à frente de Juazeiro (12,51%) que é a maior cidade, mostrando que este não é o setor mais pujante da economia caririense (AGUIAR NETO, 2012).

Apenas entre 2004 e 2008 o PIB de Juazeiro do Norte havia subido 157% e no último ano da série, 2008, esse crescimento havia se destacado o segundo maior crescimento entre os municípios do Estado do Ceará. Considerando a partir de 2003, o PIB da cidade passou de R\$ 670 milhões para R\$ 1,9 bilhão em 2008, quase triplicando, com destaque para o setor de comércio e serviços. Estes são dados que não escaparam da atenção de gestores públicos e também empresários (AGUIAR NETO, 2012).

Desta forma o Cariri, sendo a segunda região urbana mais expressiva do estado pôde merecer atenção do governo estadual visando a criação de um novo polo de desenvolvimento socioeconômico sustentável e equilibrado capaz de atrair investimentos, anteriormente muito concentrados na região metropolitana da capital. Há de se considerar que a estruturação dos serviços de atenção à saúde também teria, como perceberemos mais adiante, um papel crucial para melhorar a qualidade de vida de seus habitantes, guardando o princípio da harmonização do desenvolvimento.

O avanço das metrópoles, denominadas de CRAJUBAR (Crato – Juazeiro do Norte – Barbalha), vêm atraindo empresas, o que de fato coopera com o desenvolvimento da RMC, porém os outros seis municípios não podem ficar parados no tempo assistindo o crescimento dessas três cidades, eles também devem disponibilizar terrenos mais baratos e de maior dimensão, ou respondendo a incentivos fiscais ou facilidades de transportes. Como região metropolitana todos os municípios envolvidos devem compor um acordo de vantagens para atrair investimentos privados e públicos, afim de um crescimento uniforme levando em consideração as suas peculiaridades. (AGUIAR NETO, 2012)

Este contexto de crescimento desigual dentro da região fazia com que os municípios tivessem orçamentos muito disparatados, tornando difícil a harmonização de projetos comuns e de seu crescimento. À época da criação da RMC em 2009 as cidades mostravam receitas orçamentárias marcadamente díspares (AGUIAR NETO, 2012):

Tabela 10: receitas orçamentárias em R\$ - 2009

Juazeiro do Norte	217.826.545,51
Crato	109.586.023,55
Barbalha	86.779.801,18
Nova Olinda	16.953.786,20
Santana do Cariri	21.836.854,44
Farias Brito	24.320.279,88
Caririaçu	34.965.739,80
Missão Velha	33.328.457,13
Jardim	31.016.079,37

Fonte: IBGE, 2009; Adaptado de AGUIAR NETO, 2012

À época da criação da RMC, em 2009, este crescimento econômico não significava distribuição de renda. Não passava despercebida a condição de vida da maioria popular. Dados do IBGE colhidos em 2009 referentes à desigualdade e pobreza, a porcentagem da população de cada município que vive com menos de um salário mínimo por mês. A má distribuição da renda na época, consistia numa das maiores preocupações levadas em conta pelo projeto de RMC (AGUIAR NETO, 2012).

Tabela 11: mapa de pobreza e desigualdade - municípios caririenses 2009

Juazeiro do Norte	52,4%
Crato	44,3%
Barbalha	52,51%
Nova Olinda	60,12%
Santana do Cariri	71,78%
Farias Brito	63,78%
Caririáçu	62,88%
Missão Velha	54,66%
Jardim	58,41%

Fonte: IBGE, 2009; Adaptado de AGUIAR NETO, 2012

Ainda seriam observados na região focos de extrema pobreza. Em face da evolução do salário mínimo, da economia e para fins de melhor compreensão atualizamos os conceitos de pobreza e extrema pobreza. Em 2017, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) analisou outras formas de mensuração da pobreza, além do parâmetro definido pelo Banco Mundial, que utiliza pessoas que ganham até US\$ 5,5 por dia, o equivalente à época a R\$ 387,07 mensais. No Brasil não existe uma medida oficial, uma vez que diversos aspectos motivam a criação das linhas de pobreza, por exemplo, o acompanhamento de políticas públicas implementadas pelo governo (EBC, 2017). Segundo O pesquisador do IBGE Leonardo Athias: “Há critérios adotados para objetivos diferentes como programas de transferência de renda. O Brasil Sem Miséria, por exemplo, adota a linha de até R\$ 85 mensais per capita (pobreza extrema) e R\$ 170 mensais per capita (pobreza)” (EBC, 2017).

À despeito do crescimento do PIB, o número de pessoas extremamente pobres permaneceu vergonhoso. Segundo o anuário estatístico do Ceará, as três principais cidades da região Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha registravam em 2010 respectivamente 9,64%, 11,05% e 12,97% de sua população na extrema pobreza, com destaque sempre para a zona rural.

Nas cidades menos habitadas e de menor poder econômico o quadro era ainda mais constrangedor. A cidade de Grangeiro tinha neste ano 31,69% de sua população na extrema pobreza, sendo 38,39% dos habitantes da zona rural (CEARÁ, 2012; CEARÁ, 2017).

Tabela 12: Mapa da pobreza extrema no Cariri em 2010

Município	Percentual populacional em situação de extrema pobreza %
Altaneira	32,62
Antonina do Norte	29,28
Araripe	40,63
Assaré	31,39
Barbalha	12,97
Campos Sales	29,02
Caririaçu	31,75
Crato	11,04
Farias Brito	34,40
Grangeiro	31,69
Jardim	29,96
Juazeiro do Norte	9,64
Missão Velha	22,66
Nova Olinda	27,83
Potengi	33,70
Salitre	36,88
Santana do Cariri	39,51
Tarrafas	35,33
Várzea Alegre	29,11

Fonte: IPECE

Fonte: IPECE, in: CEARÁ, 2012

A renda das famílias incide diretamente na saúde, qualidade de vida e desenvolvimento humano de uma cidade, tanto por meio de seu padrão de consumo como pelo financiamento da máquina pública através da arrecadação tributária municipal. Este continua sendo um desafio para o planejamento da RMC.

A região do Cariri foi estudada também por meio do Índice de Desenvolvimento Humano, o IDH.

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. O objetivo da criação do IDH foi o de oferecer um contraponto a outro indicador muito utilizado, o Produto Interno Bruto (PIB) per capita, que considera apenas a dimensão econômica do desenvolvimento. Criado por Mahbub ul Haq com a colaboração do economista indiano Amartya Sen, ganhador do Prêmio Nobel de Economia de 1998, o IDH pretende ser uma medida geral e sintética que, apesar de ampliar a perspectiva sobre o desenvolvimento humano, não abrange nem esgota todos os aspectos de desenvolvimento. (PNUD – Brasil, 2019)

Segundo os critérios da ONU de Índice de Desenvolvimento Humano, a RMC encontrava-se historicamente defasada em relação à Região Metropolitana de Fortaleza - RMF.

Em 1991, IDH da RMF variava entre 0,537 e 0,717; evoluindo para a faixa entre 0,670 a 0,786 em 2000. Sendo seu melhor resultado o da capital, Fortaleza. No mesmo período, na RMC o IDH ampliou-se da faixa de 0,481 a 0,616 para entre 0,609 e 0,716; sendo o melhor resultado registrado por Crato (AGUIAR NETO, 2012).

Tabela 13: Evolução do IDH da RMF de 1991 a 2000

Município	IDH – M, 1991	IDH – M, 2000
Fortaleza	0,717	0,786
Maracanaú	0,633	0,736
Caucaia	0,611	0,721
Pacatuba	0,622	0,717
Maranguape	0,578	0,691
Eusébio	0,579	0,684
Aquiraz	0,537	0,670

Fonte: ONU

Fonte: Aguiar Neto, 2012

Tabela 14: Evolução do IDH na RMC de 1991 a 2000

Município	IDH – M, 1991	IDH – M, 2000
Crato	0,616	0,716
Juazeiro do Norte	0,596	0,697
Barbalha	0,591	0,687
Jardim	0,521	0,642
Nova Olinda	0,519	0,637
Missão velha	0,504	0,631
Santana do Cariri	0,481	0,609

Fonte: ONU

Fonte: Aguiar Neto, 2012

O IDH dos municípios da região do Cariri podem ser classificados na sua maioria como bom e apenas a cidade de Crato atinge a classificação de ótimo. Este indicador se aproxima da média estadual que é de 0,723, que em um plano nacional, colocaria o Ceará no 22º lugar (AGUIAR NETO, 2012).

Tabela 15: Índice de Desenvolvimento Humano – IDH por município no Cariri

Município	IDH
Altaneira	0,576 (174.º no ranking)
Antonina do Norte	0,613 (125.º no ranking)
Araripe	0,584 (167.º no ranking)
Assaré	0,577 (173.º no ranking)
Barbalha	0,687 (14.º no ranking)
Campos Sales	0,655 (39.º no ranking)
Cariri	0,591 (162.º no ranking)
Crato	0,716 (5.º no ranking)
Farias Brito	0,609 (131.º no ranking)
Granjeiro	0,576 (175.º no ranking)
Jardim	0,642 (64.º no ranking)
Juazeiro do Norte	0,697 (10.º no ranking)
Missão Velha	0,631 (94.º no ranking)
Nova Olinda	0,637 (78.º no ranking)
Potengi	0,596 (154.º no ranking)
Salitre	0,558 (181.º no ranking)
Santana do Cariri	0,609 (130.º no ranking)
Tarrafas	0,570 (177.º no ranking)
Várzea Alegre	0,633 (86.º no ranking)

Fonte: IPECE

Fonte: IPECE in: CEARÁ, 2012

As transformações econômicas em curso desde 2009 tem se refletido neste índice. Em 2017 Crato já ocupa a 3ª posição no Índice de Desenvolvimento Humano – IDH do estado, Juazeiro do Norte a 5ª e Barbalha a 7ª neste ranking (CEARÁ, 2012; GUIA DE INVESTIMENTOS CEARÁ, 2018).

Além do marco judicial e administrativo da Região Metropolitana do Cariri – RMC e tendo em mente o combate à pobreza e a redução do propalado desequilíbrio entre a Região Metropolitana de Fortaleza e o interior, o Governo do Estado por meio da Secretaria das Cidades elaborou o projeto Cidades do Ceará. O capítulo Cariri Central deste projeto tem como objetivo dar maior autonomia de gestão à região, tornando possível que ela seja capaz de dividir com a capital a atração de população, equipamentos, atividades, bens e serviços a fim de promover seu desenvolvimento. Essa fórmula de investimentos públicos parte do diagnóstico de seus principais problemas e deve se efetivar por meio de planos de ação envolvendo as áreas de mobilidade urbana, gestão ambiental, saneamento e gestão de recursos hídricos, como previsto em seu Plano de Desenvolvimento Urbano Integrado – PDUI (CEARÁ, 2009).

As ações encetadas a partir do ente público visam uma seguida integração com a iniciativa privada.

Os critérios utilizados para que essa região recebesse tais investimentos foram: os investimentos públicos já existentes na região; a existência de atividades produtivas competitivas para o Estado, como a indústria de calçados e o turismo; o elevado poder de atração de investimentos e de geração de empregos formais na região; a capacidade das atividades aqui realizadas em alavancar o desenvolvimento da região e o processo

de polarização regional constituído por mais de um município, caracterizando uma região metropolitana. (AGUIAR NETO, 2012)

Houve um incremento expressivo do número de empregos e aumento do PIB da região de 2000 a 2010, segundo o IPECE. Nesta década o número de empregos formais aumentou 57,3% para o sexo masculino e em 46,7% para o sexo feminino. Na agropecuária foi verificado um êxodo rural de 73,7% do século masculino, sendo absorvidos pela indústria e serviços. O espaço deixado no campo pelos homens foi assumido pelas mulheres com um crescimento de 98% neste setor durante a década. Os outros setores também mostraram que aumentariam as oportunidades de empregos para mulheres fora do lar.

Tabela 16: Empregos formais por setor de atividade econômica de 2000 a 2010.

Setores Econômicos	Número de empregos Formais					
	TOTAL		MASCULINO		FEMININO	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Total das Atividades	60.191	126.002	27.307	64.232	32.884	61.770
Agropecuária	220	782	206	54	14	728
Indústria	13.595	25.163	9.467	7.759	4.128	17.404
Construção	1.254	3.732	1.196	188	58	3.544
Comércio	9.492	23.911	5.846	9.668	3.646	14.243
Serviços	35.630	72.414	10.592	46.563	25.038	25.851

Fonte: IPECE

Fonte: IPECE, in: QualiSUS, 2012

De toda forma todas as cidades caririenses restritas à RS Crato e Juazeiro do Norte registraram um processo de urbanização entre 2000 e 2010 (CEARÁ, 2012).

Tabela 17: Evolução da densidade demográfica e da taxa de urbanização de 2000 a 2010 na RS Crato e Juazeiro do Norte

MUNICÍPIO	Densidade Demográfica (hab/km ²)		Taxa de Urbanização (%)	
	2000	2010	2000	2010
	Altaneira	77,59	93,53	66,59
Antonina do Norte	25,02	26,85	68,04	71,58
Araripe	14,56	15,36	51,77	61,56
Assaré	18,71	20,11	45,15	53,25
Barbalha	98,14	115,45	65,21	68,73
Campos Sales	23,61	24,48	67,02	71,99
Caririaçu	41,25	42,31	41,26	53,16
Crato	103,69	120,32	80,19	83,11
Farias Brito	40,34	37,74	42,95	46,67
Granjeiro	52,90	46,24	23,31	29,60
Jardim	57,80	58,40	27,86	33,70
Juazeiro do Norte	853,31	1.005,39	95,33	96,07
Missão Velha	50,05	52,64	39,23	44,99
Nova Olinda	42,46	50,13	52,94	68,01
Potengi	26,98	30,34	43,61	55,61
Salitre	15,48	17,17	32,24	40,53
Santana do Cariri	21,91	22,33	48,54	51,38
Tarrafas	20,28	19,61	21,13	29,45
Várzea Alegre	41,69	45,99	55,30	62,17

Fonte: IPECE

Fonte: QualiSUS, 2012

Três anos após a consecução do projeto da RMC, o conjunto das três principais cidades caririenses, Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, o antigo CRAJUBAR, já em 2012 seria

responsável por 4,74% do Produto Interno Bruto - PIB cearense, sendo destes 3% por conta apenas da cidade de Juazeiro (GUIA INVESTIMENTO CEARÁ, 2018). Entre 2011 e 2015, apesar de ainda não muito expressiva a participação no estado e do desaquecimento da economia no país, o PIB do Cariri continuou crescendo mesmo que com menor intensidade, sobretudo no comércio e serviços (IPECE, 2017).

Tabela 18: Evolução do PIB no Cariri, de 2011 a 2015

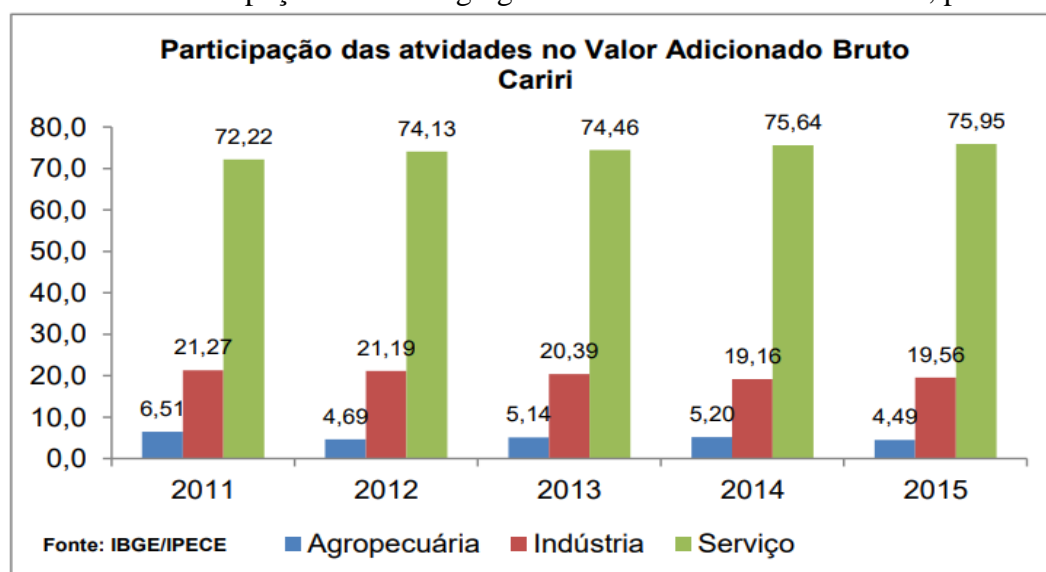
Perfil das Regiões de Planejamento		REGIÃO DO CARIRI				
4 – ECONOMIA, FINANÇAS E PREVIDÊNCIA SOCIAL						
4.1 - PRODUTO INTERNO BRUTO						
Produto Interno Bruto, segundo os municípios da Região – 2011-2015						
Região de Planejamento	PIB (R\$ mil)					Crescimento nominal (%) (2011/2015)
	2011	2012	2013	2014	2015	
Cariri	6.826.161	7.286.587	8.138.765	10.098.784	10.361.894	51,80

Fonte: IPECE, 2017

Tabela 19: PIB *per capita* no Cariri, de 2011 a 2015

REGIÃO DO CARIRI		Perfil das Regiões de Planejamento				
PIB <i>per capita</i> , segundo os municípios da Região – 2011-2015						
Região de Planejamento	PIB <i>per capita</i> (R\$)					Crescimento nominal (%) (2011/2015)
	2011	2012	2013	2014	2015	
Cariri	7.045	7.468	8.191	10.107	10.315	51,80

Fonte: IPECE, 2017

Gráfico 2: Participação no valor agregado bruto na economia do Cariri, por setor

Fonte: IPECE, 2017

Os dados de emprego e renda compilados pelo IPECE entre 2011 e 2016 mostraram que: apesar de ter um crescimento importante no período, o setor agropecuário é ainda o mais tímido da região; que apesar da retração, a indústria é ainda um segmento relevante; que o setor de comércio e serviços continua de longe sendo o mais próspero, e, finalmente, que a região não parou de crescer neste período (CEARÁ, 2017).

Tabela 20: Número de empregados por setor na economia do Cariri**2.4 – EMPREGO E RENDA**

Número de empregos formais, segundo os setores de atividades na Região do Cariri – 2011/2016

Discriminação	Número de empregos formais		
	2011	2016	Crescimento nominal (%) (2011/2016)
Total das Atividades	104.412	114.644	9,80
Agropecuária	676	1.121	65,83
Indústria	20.520	19.315	-5,87
Construção Civil	4.312	5.149	19,41
Comércio	20.206	23.996	18,76
Serviços	58.698	65.063	10,84

Fonte: Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) – RAIS 2011 e 2016.

Fonte: IPECE, 2017

Uma das vantagens do desenvolvimento da região é fato de ser conturbada, o que facilita o trânsito de pessoas entre as cidades, a complementaridade de suas economias e a possibilidade de consorciar projetos em comum. O Aterro Sanitário (ainda em planejamento), Hospital Regional do Cariri (em Juazeiro do Norte), Central de Abastecimento – CEASA (em Barbalha) e Centro de Convenções do Cariri (em Crato), são exemplos de projetos em andamento ou já realizados pensando o benefício de toda a região e não de algum município isoladamente. O

marco legal para o estabelecimento da Região Metropolitana do Cariri – RMC teve papel decisivo para o avanço destes projetos, o que pode se expandir para outras indústrias ou áreas da atividade econômica, como o turismo regional e a indústria calçadista, desempenham papel fundamental para a região, e se trabalhados de forma correta, poderão melhor unificar o crescimento regional (CEARÁ, 2012; AGUIAR NETO, 2012).

Além de catalisar a atividade econômica em suas fronteiras, vale lembrar, conforme já registrado que a RMC possui muitos pontos que a favorecem a expansão de sua área de abrangência, sobretudo a respeito de sua posição geográfica. Localizada no Nordeste do país, a referida região encontra-se relativamente equidistante de todas as capitais do Nordeste de brasileiro (AGUIAR NETO, 2012). Dentre as características da infraestrutura favorecidas pela localização geográfica estratégica do Cariri destacaremos o Aeroporto Regional Orlando Bezerra de Menezes localizado em Juazeiro do Norte. O equipamento atende além do Cariri, às regiões Centro Sul cearense, Noroeste de Pernambuco, Alto Sertão paraibano e Sudoeste piauiense, uma área antes carente neste tipo de transporte e que foi bastante beneficiada. A título de exemplo, no ano de 2009, o movimento de passageiros do aeroporto de Juazeiro cresceu na ordem de 45%, sendo o maior crescimento registrado no setor em todo o país. Esse fato mostra a importância de um aeroporto inserido numa região geograficamente distante das capitais nordestinas, onde pulsa tantas potencialidades de serviços, turísticas e de negócios (romarias, universidades, indústrias, etc...) (AGUIAR NETO, 2012).

2.4.6 Atividade Econômica

2.4.6.1 Setor primário

De fato, as características econômicas do Cariri mudaram com o tempo. Particularidades de clima, solos e oferta de água tornaram diferenciada a região quanto a sua primeira e mais prolongada vocação: o setor primário, agropecuária e a produção de alimentos em geral. Os arredores da chapada do Araripe garantem além de solos sedimentares, maior oferta de águas subterrâneas, pluviosidade ultrapassando os 1.000mm anuais e uma média de clima em torno de 25,2°C, condições que, comparadas a seu entorno semiárido, lhe garantiram o título de “oásis do sertão”. Ao longo do tempo cana de açúcar, arroz, milho, feijão, mandioca e frutas fizeram do Cariri o celeiro do Ceará, ainda sendo complementado também com a pecuária e a economia do couro. Contudo, até meados dos anos 70 o algodão foi o produto de maior importância da região, impulsionando sua indústria. O algodão tinha a vantagem de ser colhido nos períodos

mais secos, gerando atividade na entressafra de várias outras culturas. Contudo, a ocorrência de pragas e o aumento da concorrência com a ampliação das lavouras de algodão em outros países determinaram seu quase desaparecimento total. Atualmente o Cariri conta com uma área de 2,5 mil hectares irrigados, garantindo a cultura de frutas como: banana, goiaba, caju, manga, abacaxi, tomate, uva, amendoim, entre outras e também das hortaliças e até folhagens e rosas do campo. Fora do perímetro irrigado é onde se registra o cultivo dos grãos, cana-de-açúcar e da mandioca. A chapada ainda conta com diversos produtos silvestres de aproveitamento culinário e medicinal com destaque para o pequi, tradicional na mesa caririense. Além dele, há grande variedade de plantas e frutos com potencialidades fitoterápicas já desenvolvidos e a se estudar. O setor pecuário também é relevante. Na cidade do Crato, por exemplo acontece anualmente no mês de julho desde 1944 a famosa Expocrato. A exposição agropecuária consiste, além da feira de produtos agrícolas e seus derivados, de leilões e desfiles de animais, com relevantes premiações, shows de bandas e cantores de fama nacional. No ano de 2017 a feira foi visitada por cerca de 400 mil pessoas, segundo seus organizadores. Durante os oito dias da feira, seus 180 expositores movimentaram até 50 milhões de reais em negócios, posicionando a Expocrato como 5ª maior feira do segmento no país. De forma geral, o PIB agropecuário na região soma quase 822,6 milhões de reais, significando 8,54% da economia da região. As maiores contribuições são de Farias Brito (R\$91,5 milhões), Crato (R\$ 83,5, milhões), Missão Velha (R\$ 65,5 milhões) e Mauriti (R\$ 58,6 milhões). Destes municípios o que tem a maior parcela do PIB advinda do setor agrário é Farias Brito, com 46,37% de sua produção (GUIA DE INVESTIMENTOS CEARÁ, 2018).

Tabela 21: Participação da agropecuária no valor adicionado bruto no Cariri

Participação da agropecuária no valor adicionado bruto, segundo os municípios da Região – 2011/2015

Região de Planejamento	(%) Agropecuária no Valor Adicionado Bruto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cariri	10,43	6,78	7,09	8,95	7,89

Fonte: IPECE, 2017

2.4.6.2 Setor secundário

No setor secundário o Cariri é diversificado, com indústrias de minerais não metálicos como cimento, gesso e cerâmica, mas também metalurgia, móveis, laticínios e outros alimentos processados, bebidas, fármacos, cosméticos, vestuário e calçados, sendo este último o mais proeminente nas primeiras décadas deste século. O município de Juazeiro do Norte concentra

quase a metade das indústrias da região, motivo pelo qual o projeto da Região Metropolitana do Cariri - RMC ganha importância na equalização destas diferenças por meio da criação de uma zona industrial comum e fronteira às suas três principais cidades (AGUIAR NETO, 2012)

Neste setor, destaca-se a indústria de calçados como bastante diversa. O polo calçadista caririense conta com cerca de 300 indústrias, abrigando desde pequenas empresas, com produções quase artesanais, até indústrias como a Grendene em Crato e Tecnolity em Juazeiro do Norte, que atuam na fabricação das sandálias Havaianas. Estas indústrias estão distribuídas nas cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha e contavam em 2017 com 16.000 empregados, formando o 3º maior polo do setor do país, atrás apenas de Novo Hamburgo, no Rio Grande do Sul e Franca em São Paulo. Os produtos mais fabricados são de fato as sandálias de couro, plástico e borracha, produtos com baixo valor agregado, mas bastante competitivos nos mercados interno e externo, atraindo também outras indústrias de aviamentos e acessórios para a região. O Guia de Investimentos Ceará, 2018 registra que por ano são produzidas, em média, 10 coleções. Para o fim de 2017, a ABICALÇADOS (Associação Brasileira das Indústrias de Calçados) estimava que dos 128,3 milhões de pares de calçados produzidos no país, representando 1,06 bilhão de reais, a participação das indústrias cearenses fosse de 27%, com o Cariri participando em 5,85% (GUIA DE INVESTIMENTOS CEARÁ, 2018).

A área da construção civil merece também destaque na economia caririense. Segundo dados do Sistema Nacional de Emprego - Instituto de Desenvolvimento de Trabalho (Sine/IDT) em 2009 o setor de construção civil era o que mais crescia e empregava na região. Nesta época o Sindicato dos Empregados da Construção Civil estimava que havia cerca de 9.000 trabalhando nas obras, entre empregados formais e informais. Havia inclusive carência de profissionais qualificados nas obras, gerando uma demanda externa. Entretanto, a crise econômica brasileira desacelerou o setor a partir de 2015. Em 2017 segundo a Federação das Indústrias do Estado do Ceará (FIEC), a construção civil empregava 3.084 pessoas no Cariri, quase metade delas, 1.525, no Juazeiro do Norte, representando apenas 2,48% da força de trabalho do estado nesse setor, que empregava 61.437 trabalhadores. Esse movimento sofreu uma pequena mudança em 2018. Enquanto o estado fechou postos de trabalho no setor da construção, fechando o ano com 60.294 empregados formalizados, a terra do Padre Cícero empregou 1.818 trabalhadores, 293 a mais que no ano anterior, subindo sua participação na construção civil do estado para 3,02%. A região como um todo também ampliou sua massa trabalhadora no setor para 4.279 empregados (DIÁRIO DO NORDESTE, 2019). Essa realidade é corroborada pelos dados do Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro, órgão do Tesouro

Nacional, que em pesquisa classificou Juazeiro do Norte em 2º lugar no ranking do mercado imobiliário entre as 25 cidades populosas do interior do Nordeste, ficando atrás apenas de Feira de Santana, na Bahia. (WR ENGENHARIA, 2019)

Tabela 22: número de indústrias no Cariri entre 2011 e 2016

REGIÃO DO CARIRI

Perfil das Regiões de Planejamento

4.2 – INDÚSTRIA

Número de indústrias ativas na Região do Cariri – 2011/2016

Discriminação	Número de indústrias ativas		
	2011	2016	Crescimento nominal (%) (2011/2016)
Total	2.003	2.996	49,58
Extrativa Mineral	43	45	4,65
Construção Civil	226	205	-9,29
Utilidade Pública	8	11	37,50
Transformação	1.726	2.735	58,46

Fonte: Secretaria da Fazenda (SEFAZ).

Fonte: IPECE, 2017

2.4.6.3 Setor terciário

Em termos econômicos a maior força do Cariri é do setor terciário, entenda-se comércio e serviços. Historicamente um entreposto comercial, ainda acentuado pelo fenômeno das romarias, a RMC é um destacado polo atacadista e varejista para todo o interior do Nordeste (AGUIAR NETO, 2012).

Atualmente o comércio está mais concentrado em Juazeiro do Norte, com cerca de 6.800 estabelecimentos comerciais de acordo com o Guia de Investimentos Ceará (2018). Segundo o Clube de Dirigentes Lojistas (CDL) da cidade, em 2018 o PIB de Juazeiro do Norte ultrapassou 4,1 bilhão de reais destacando a cidade e a região num contexto nacional mais amplo de recessão econômica que marcou os últimos anos (CDL JUAZEIRO DO NORTE, 2019). Desde o ano 2000 a maior cidade caririense que passou de 5º a 3º maior PIB do estado, passou também a ser a 2ª maior cidade em investimentos de capital privado em 2018 (CEARÁ, 2019; CDL JUAZEIRO DO NORTE, 2019).

A maioria destes estabelecimentos opera o varejo. O setor de venda de tecidos, vestuário e artigos de armarinho isolado concentra 21% da atividade. De 2015 a 2018 houve uma expansão de 22,8% no setor do comércio apenas em Juazeiro do Norte. Segundo dados do CDL local o potencial de consumo da cidade teve um crescimento de 12,5% no ano de 2018

impulsionando a atividade para além dos limites territoriais de Juazeiro do Norte. É flagrante o fato de que a distribuição dos centros comerciais de Juazeiro do Norte se espalha em direção às outras cidades, sobretudo pelo fato de seu reduzido território e da conurbação com Barbalha e Crato. No Cariri é comum ouvir que estas três cidades “já estão emendadas”. Crato e Barbalha detém já 2.414 e 1.006 estabelecimentos comerciais registrados respectivamente (GUIA DE INVESTIMENTOS CEARÁ, 2018; CDL JUAZEIRO DO NORTE, 2019).

Não apenas empresas locais são abertas no Cariri, o setor de franquias atraiu empresas nacionais e multinacionais de diversos setores da economia para Juazeiro do Norte e para a região. Segundo o Guia de Investimentos Ceará, citando dados da Agência Brasileira de Franchising (ABF), em 2018 as cidades de Juazeiro do Norte e Crato foram registravam 136 estabelecimentos franqueados, 111 somente em Juazeiro do Norte, fazendo dela a segunda cidade do estado neste ranking atrás da capital Fortaleza. A maioria destes estabelecimentos representam marcas de negócios, serviços, conveniências, alimentação, vestuário e acessórios espalhados por centros comerciais ou *shopping centers* um conceito ainda tímido no interior do Nordeste (GUIA DE INVESTIMENTOS CEARÁ, 2018).

Parte deste crescimento é devido à diversidade de áreas comerciais e a complementaridade econômica em relação aos municípios de seu entorno, o que expande não apenas o volume de negócios, mas sua diversidade.

No contexto da área de serviços surge o turismo como uma área relevante da economia. Primeiramente, no campo do turismo religioso há a figura incontornável do Padre Cícero, responsável por transformar o Juazeiro do Norte no terceiro polo de peregrinação religiosa do país e o primeiro do Nordeste. Os romeiros do *Padim*, como é carinhosamente conhecido ocorrem invariavelmente de Alagoas, Pernambuco, Paraíba, Maranhão, Piauí, além claro, de diversas partes do Ceará. Mas percebe-se um fluxo considerável de visitantes de outros estados brasileiros, mas que têm raízes na cultura nordestina e sertaneja. Mesmo em anos de baixa atividade econômica é certo que romeiros virão anualmente para participar de missas e festejos religiosos, além das visitas aos locais sagrados, como o túmulo do Padre Cícero e a Colina do Horto, onde está a estátua de 27 metros em sua alusão. Também são visitados estabelecimentos comerciais e pontos turísticos em geral como clubes e balneários da região, deixando na economia local gastos com hospedagem, transporte, alimentação, produtos religiosos entre outros serviços. São quatro as principais datas de romaria ao longo do ano para a “capital da fé” como dizem seus habitantes. No ano de 2011 foi registrado ao todo cerca de 2,5 milhões de romeiros visitando a terra do Padim. Na principal data, a romaria de finados a prefeitura de

Juazeiro do Norte chega a registrar 500 mil visitantes (GUIA DE INVESTIMENTOS CEARÁ, 2018; G1, 2019).

Apesar das vantagens econômicas, o turismo em torno do Padre Cícero em Juazeiro do Norte traz desafios logísticos:

Além da lotação de hotéis, o comércio popular voltado para os romeiros é um impulso para economia da cidade, de acordo com o secretário de Turismo e Romaria, José Carlos. No entanto, a secretaria diz não ter uma estimativa do dinheiro que as barracas de comércio fazem circular no município. "Cerca de 90% do comércio da romaria é informal, por isso temos uma grande dificuldade em estimar quanto gera de receita. Já tentamos várias vezes fazer esse cálculo, mas é impossível", afirma José Carlos. Os comerciantes pagam uma taxa entre R\$ 22 e R\$ 62 para instalar barracas, dependendo do tamanho e do local onde é montada. Em 2011, mais de 25 mil barracas foram montadas na cidade com cadastro na prefeitura. A secretaria de Turismo e Romaria acredita que outros pontos são instalados em [Juazeiro do Norte](#) de forma ilegal. (G1, 2019)

Segundo o site de notícias G1, outro impacto causado pelas volumosas romarias ao Juazeiro do Norte está no crescimento desordenado da cidade e o processo de *favelização*, conforme apurado junto ao secretário de turismo e romarias José Carlos dos Santos.

O secretário conta que anualmente parte dos romeiros que visitam a cidade decidem ficar para morar, e ocupam principalmente a periferia da cidade. "A maior parte das casas na colina do Horto são de romeiros que deixaram suas cidades e vieram morar em Juazeiro. Hoje eles se mudam para a periferia da cidade e causa um crescimento urbano. Eles vendem tudo o que têm em sua cidade natal para vir para cá", explica. (G1, 2019)

Um levantamento da Secretaria de Turismo do estado identificou o perfil médio do turista que visita o Cariri como tendo mais de 51 anos, viajando em grupos ou acompanhados pela família, revelando aí a grande participação dos romeiros. Entre 2014 e 2016, a demanda do setor cresceu em 12,5%. Mesmo havendo pontos negativos a serem examinados. 95% dos romeiros se disseram satisfeitos com os festejos religiosos e a hospitalidade da população. Mas 16% deles se queixaram de sua hospedagem e 14,6% dos equipamentos de lazer e apoio ao turista, demonstrando aí uma questão a ser explorada com respeito a estes turistas tão fiéis. Atualmente as cidades de Crato e Barbalha desenvolvem no setor público e privado investimentos voltados para este público (GUIA DE INVESTIMENTOS CEARÁ, 2019).

Além do turismo religioso a região encontra demanda para o turismo de negócios, com eventos regionais de grande porte como a Feira de Tecnologia e Calçados do Cariri, a Feira de Negócios do Cariri, a Expocrato, ou o turismo de lazer com festas já fazendo parte do calendário anual caririense e ainda percebe-se crescente o turismo científico, explorando sobretudo as riquezas naturais e minerais da chapada do Araripe. O turista que chega ao Cariri pode encontrar também a beleza e riquezas naturais agregadas pela Floresta Nacional do Araripe – FLONA e suas estâncias hidrominerais, principalmente em Jardim, Crato e Barbalha. A região é nacionalmente e internacionalmente conhecida também por seu acervo fossilífero e inscrições

rupestres todas devidamente catalogadas e disponíveis à visitação e estudo por meio do GEOPARK ARARIPE. Neste setor específico merece destaque a cidade de Santana do Cariri, contando com o maior acervo do período cretáceo. O turista pode vivenciar no Cariri também sua intensa vida cultural, em datas tradicionais, como na festa do Pau da Bandeira, parte dos festejos de Santo Antônio em Barbalha, onde há cortejos com uma amostra de boa parte das manifestações folclóricas e da cultura popular caririense, ou na Mostra SESC de culturas Cariri, onde há um conagraçamento das culturas regional e nacional, também já parte do calendário festivo e cultural da região. Contudo, a identidade cultural do Cariri, fruto de um sincretismo entre o sagrado e o profano, presente da literatura de cordel às bandas cabaçais, do rito dos penitentes às vaquejadas, entre tantas outras manifestações culturais já são uma atração à parte, garantindo sempre o interesse dos turistas. Essa identidade caririense é vivida no dia a dia da região em diversos eventos culturais ao longo do ano, com festivais de música, teatro e cinema, além da sua gastronomia peculiar. O polo turístico denominado Araripe/Cariri dispõe de 77 estabelecimentos hoteleiros com 6.419 leitos no total, contando com as pousadas e *ranchos* de romeiros. Desta oferta Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha dispõe de 63 dos estabelecimentos de hospedagens, com 6.093 leitos (GUIA DE INVESTIMENTOS CEARÁ, 2018).

Tabela 23: Participação do setor de serviços no valor agregado bruto do Cariri, de 2011 a 2015

Perfil das Regiões de Planejamento

REGIÃO DO CARIRI

Participação de serviços no valor adicionado bruto, segundo os municípios da Região – 2011-2015

Região de Planejamento	(%) Serviço no Valor Adicionado Bruto				
	2011	2012	2013	2014	2015
Cariri	76,30	80,67	82,03	79,46	80,94

Fonte: IPECE, 2017

Ainda no setor de serviços não podemos deixar de dar destaque aos setores educacional e de saúde.

O setor de saúde conta com hospitais de grande porte e estabelecimentos de saúde públicos e privados capazes de prover a atenção à saúde em seus níveis primário, secundário e terciário com uma área de abrangência que extrapola os limites físicos e políticos da região. Estes dados serão pormenorizados mais adiante no texto (CEARÁ, 2012, GUIA DE INVESTIMENTOS CEARÁ, 2018).

Quanto à educação, na região existem 12 escolas profissionalizantes e Instituições de Ensino Superior (IES), dentre elas a Universidade Federal do Cariri (UFCA), Universidade

Regional do cariri (URCA), Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia (IFCE), públicas, além de várias outras instituições privadas de excelente conceito pelo Ministério da Educação (MEC). Um item definitivamente importante para a melhoria de saúde de uma população é a educação. Não se pode deixar de lado o ensino médio no Cariri com longa tradição e influência para além de suas fronteiras, atraindo alunos inclusive de estados vizinhos. No Cariri o ensino médio cresce também em qualidade. Um estudo realizado em 2018 pelas instituições Interdisciplinaridade e Evidências no Debate Educacional (IEDE), Fundação Lemann, Instituto Unibanco e Itaú BBA considerou notas do ENEM, Prova Brasil e taxas de aprovação escolas do ensino médio e faixa de nível socioeconômico de acordo com o INEP destacou escolas cearenses e caririenses. Num plano nacional das 100 escolas de ensino médio e que atenderam alunos com baixo nível socioeconômico, 55 eram do Ceará, quatro delas no Cariri (BADALO, 2019).

Apesar de alguns recentes avanços, é necessário analisar as gerações que passaram por fragilidades no ensino fundamental, ou as que já passaram pela escola e estão no mundo do trabalho. Segundo a Secretaria de Educação do Estado, em 2010 a região do Cariri contava com 922 estabelecimentos de ensino médio e fundamental, perfazendo aproximadamente 10% dos 9.468 estabelecimentos estaduais. Até 2010, todos os municípios cearenses haviam reduzido suas taxas de analfabetismo para 18,8% em média. As cidades caririenses de Juazeiro do Norte e Crato garantiram esta taxa em torno de 15%. Contudo, dois aspectos ainda restam preocupantes, a heterogeneidade da região em relação a este indicador e o analfabetismo funcional, impeditivo para a plena compreensão e comunicação dos principais conceitos em saúde (CEARÁ, 2012).

Tabela 24: Taxa de Analfabetismo Funcional para pessoas com 15 anos ou mais – Cariri/Centro Sul – 2000-2010

MUNICÍPIO	População Residente 15 anos ou mais		Tx de Analfabetismo funcional 15 anos ou mais (%)	
	2000	2010	2000	2010
Altaneira	3.781	4.955	41,73	31,83
Antonina do Norte	4.160	4.998	42,93	32,61
Araripe	11.973	14.214	44,26	33,54
Assaré	13.335	16.156	44,62	31,68
Barbalha	31.055	40.383	26,17	18,69
Campos Sales	16.476	19.082	38,10	29,21
Caririaçu	16.075	18.461	40,28	31,70
Crato	70.832	90.313	22,91	14,96
Farias Brito	13.256	13.991	36,19	27,62
Granjeiro	3.319	3.279	39,68	30,62
Jardim	16.922	18.965	35,27	26,33
Juazeiro do Norte	141.501	183.085	24,95	16,21
Missão Velha	21.126	24.421	38,07	27,88
Nova Olinda	7.706	10.241	34,21	23,30
Potengi	5.961	7.195	47,29	34,51
Salitre	8.477	10.357	51,56	39,86
Santana do Cariri	10.204	11.741	39,31	29,94
Tarrafas	6.073	6.536	37,38	35,51
Várzea Alegre	23.734	28.906	38,83	28,62

Fonte: IPECE

Fonte: IPECE in: CEARÁ, 2012.

Ao longo da década seguinte, até 2016, os indicadores do ensino fundamental e médio na região ainda mostravam grande heterogeneidade conforme dados da Secretaria Estadual de Educação analisados pelo IPECE em 2017 (CEARÁ, 2017).

Tabela 25: Evolução de indicadores do ensino fundamental entre 2011 e 2016

Indicadores educacionais no Ensino Fundamental, segundo os municípios da Região – 2011/2016

Região de Planejamento	Indicadores Educacionais					
	Taxa de escolarização líquida (%)		Taxa de distorção idade/série (%)		Nº de Alunos / Nº de salas de aulas utilizadas	
	2011	2015	2011	2016	2011	2016
Cariri	90,86	99,42	17,39	9,72	25,91	23,92
Abaíara	73,65	71,40	7,68	4,14	24,98	29,21
Altaneira	94,65	100,00	7,55	6,52	30,90	31,11
Antonina do Norte	95,89	100,00	21,80	8,44	29,49	30,20
Araripe	99,10	104,21	25,45	12,65	30,17	25,45
Assaré	89,52	89,02	16,72	5,35	32,58	23,89
Aurora	90,48	95,47	26,62	17,68	30,93	22,29
Barbalha	97,65	100,00	15,00	6,17	24,15	22,96
Barro	94,71	92,37	19,53	13,36	26,53	26,81
Brejo Santo	88,79	95,95	19,33	6,23	25,34	13,34
Campos Sales	94,95	101,62	13,83	7,24	25,87	22,65
Caririaçu	85,48	98,24	20,84	9,83	25,84	28,29
Crato	93,61	100,00	14,68	10,02	23,72	22,58
Farias Brito	93,00	100,00	14,73	6,90	23,18	32,18
Granjeiro	100,00	100,00	25,23	10,05	28,36	27,61
Jardim	94,54	100,00	22,38	15,39	29,45	28,17
Jati	82,71	97,72	7,83	8,98	19,96	19,40
Juazeiro do Norte	88,03	95,01	15,90	10,50	25,72	24,43
Lavras da Mangabeira	85,17	98,52	30,67	18,95	23,36	23,11
Mauriti	89,47	94,15	18,35	7,08	26,98	25,89
Milagres	86,15	100,00	22,69	11,39	25,79	20,06
Missão Velha	89,63	98,03	17,54	9,76	25,23	34,73
Nova Olinda	89,33	97,20	8,81	2,86	28,18	28,29
Penaforte	94,41	100,00	12,00	7,83	19,13	21,11
Porteiras	94,04	100,00	18,80	5,96	23,68	23,88
Potengi	91,87	97,40	27,08	17,57	29,22	22,22
Salitre	100,00	100,00	25,27	14,98	28,08	29,77
Santana do Cariri	91,66	97,39	9,79	7,36	29,59	26,93
Tarrafas	86,63	94,58	18,11	8,03	34,98	39,87
Várzea Alegre	90,80	99,38	8,29	3,55	26,13	25,91

Fonte: Secretaria da Educação (SEDUC).

Fonte: IPECE, 2017

Tabela 26: Evolução de indicadores do ensino médio entre 2011 e 2016

Região de Planejamento	Indicadores Educacionais					
	Taxa de escolarização líquida (%)		Taxa de distorção idade/série (%)		Nº de Alunos / Nº de salas de aulas utilizadas	
	2011	2015	2011	2016	2011	2016
Cariri	50,66	73,81	21,71	19,42	32,82	29,06
Abaiara	48,61	49,88	6,00	10,33	33,33	54,83
Altaneira	56,06	64,32	20,27	38,71	74,00	43,40
Antonina do Norte	51,15	82,38	22,12	22,03	62,40	70,80
Araripe	30,16	73,16	33,67	26,11	62,36	51,90
Assaré	43,71	70,78	23,37	16,14	51,79	21,44
Aurora	41,71	64,46	24,92	18,73	51,72	27,64
Barbalha	57,06	84,27	17,24	17,01	26,57	28,96
Barro	77,89	59,49	10,31	24,31	63,05	21,94
Brejo Santo	47,66	68,90	19,09	20,06	26,86	29,27
Campos Sales	55,18	70,70	24,57	11,87	28,65	36,18
Caririaçu	41,29	73,29	27,50	22,03	88,38	88,69
Crato	61,36	83,09	22,42	20,23	22,48	16,77
Farias Brito	54,34	62,55	18,76	22,07	33,67	36,45
Granjeiro	41,29	77,43	30,52	20,79	53,25	40,40
Jardim	50,93	80,14	38,07	25,64	94,41	50,08
Jati	53,60	57,69	6,59	13,99	29,08	30,38
Juazeiro do Norte	53,85	79,54	20,56	18,23	27,07	28,85
Lavras da Mangabeira	36,86	60,64	32,14	32,46	35,41	27,21
Mauriti	51,42	72,55	23,20	16,02	58,19	44,93
Milagres	41,08	62,19	9,75	16,17	30,07	22,40
Missão Velha	40,96	62,62	19,94	21,32	30,43	20,81
Nova Olinda	47,10	91,43	21,99	12,10	74,78	48,81
Penaforte	59,41	89,29	14,68	18,55	47,00	52,11
Porteiras	38,95	54,64	24,00	32,69	68,75	74,29
Potengi	28,18	56,12	21,20	30,98	41,67	42,43
Salitre	34,59	66,90	28,14	26,92	79,71	91,29
Santana do Cariri	53,67	62,55	23,15	25,16	63,57	42,40
Tamrafas	31,17	39,80	18,60	13,98	71,25	59,00
Várzea Negra	49,91	79,15	19,54	12,43	33,63	42,56

Fonte: Secretaria da Educação (SEDUC).

Fonte: IPECE, 2017

O Crescimento econômico, como descrito anteriormente, deve ser compreendido no contexto da desigualdade de oportunidades e de distribuição de renda em que nosso país está inserido. O processo de crescimento da produção de riquezas vivenciado nas últimas décadas no Cariri trouxe alguma melhoria de vida para a maioria popular. Porém, o rápido crescimento costuma não ser acompanhado pelo desenvolvimento na mesma velocidade, trazendo desafios logísticos e ambientais para a região. Ademais, em períodos de desaceleração da economia e desemprego, tornam-se mais agudas as questões da urbanização mal planejada, com repercussões na saúde.

Como exposto anteriormente, nos primeiros anos da década de 2010 o Cariri já registrava em média uma densidade demográfica de 63,43 hab./Km². Mesmo com algumas oscilações ocorridas nas cidades menores, registrando estabilização ou até decréscimo do crescimento populacional, que trouxeram a média da densidade demográfica para 55,72 hab./Km² em 2011 a região não parou de concentrar pessoas em seus limites. Em 2017 esta média voltaria a subir para 58,34hab./Km² puxada pelas maiores cidades. Juazeiro do Norte, por exemplo concentrava 853,31hab./Km² no ano 2000, passou para 1.005,36 hab./Km² em 2010 e em 2017 já abrigava 1.086,61hab./Km². Há de se levar em conta o reduzido território da mais populosa cidade do Cariri, apenas 248,83 Km². Esta busca pela urbe, motivada por

diversos fatores como a mecanização da produção rural, a fuga da estiagem e sobretudo a busca por empregos mais bem remunerados, melhores serviços de saúde, educação, transporte entre outros torna-se um desafio para o planejamento e gestão das cidades. Um cenário em que os empregos e a moradia não são suficientes para todos leva as pessoas à informalidade e a *favelização* das periferias urbanas. Nas principais cidades do Cariri isso se converteu numa descaracterização de parte de suas riquezas naturais, principalmente no aumento do consumo e da poluição dos mananciais subterrâneos e também transformações nos patrimônios histórico e cultural dos ambientes urbanos. No período de 2000 a 2010 os municípios da Região de Saúde de Crato e Juazeiro do Norte avançaram, na média, de 47,04% para 65,60% de abastecimento d'água ligada à rede geral e de 7,53% para 16,40% de ligações com o esgotamento sanitário (CEARÁ, 2012). Desde então o Cariri tem ampliado o acesso a esses serviços, mas o esgotamento sanitário não atinge nem a metade dos domicílios. Torna-se inadiável que os governantes assumam como prioritário o investimento em ações não só de abastecimento de água, mas também o esgotamento sanitário, a drenagem e manejo de águas pluviais, limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos. O esgoto não tratado, assim como o acúmulo de lixo contaminam o solo e poluem os aquíferos, além da degradação de matas ciliares e encostas, que favorecem as enxurradas e acúmulo de águas pluviais. Em última análise esta condição impõe um desafio também ao sistema de saúde em face das doenças veiculadas à má qualidade da água e à produção de esgoto não tratado (CEARÁ, 2012; CEARÁ, 2017). Como detalhe, os municípios do Cariri são atendidos pela Companhia de Água e Esgoto do Ceará – CAGECE, a exceção é o Crato, que é atendido autarquia própria, a Sociedade Anônima de Água e Esgoto – SAEEC. (CEARÁ, 2017).

Tabela 27: Domicílios particulares permanentes, ligados a rede geral de água e esgoto, segundo a Região – 2010

MUNICÍPIO	Total		% abastecimento d'água ligada a rede geral		% esgotamento sanitário rede geral	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Altaneira	1.504	2.089	58,84	90,86	0,13	13,07
Antonina do Norte	1.557	2.002	62,11	78,07	12,72	37,41
Araripe	4.216	5.551	43,19	63,86	4,13	13,69
Assaré	5.075	6.398	42,15	61,99	0,61	7,92
Barbalha	10.473	14.682	73,07	78,61	2,88	11,91
Campos Sales	6.196	7.612	50,90	68,63	1,16	13,86
Caririaçu	5.653	7.069	46,59	68,06	0,19	1,90
Crato	24.701	33.925	73,06	85,18	23,74	34,79
Farias Brito	4.841	5.396	47,30	62,71	0,83	3,08
Granjeiro	1.116	1.171	23,39	69,00	2,69	22,46
Jardim	5.698	6.828	35,85	43,70	20,46	28,90
Juazeiro do Norte	50.076	69.151	88,48	92,59	28,55	34,54
Missão Velha	7.128	9.063	36,42	71,75	0,65	3,33
Nova Olinda	2.788	3.981	51,79	71,67	26,11	37,78
Potengi	2.143	2.828	44,52	64,18	0,23	4,67
Salitre	3.051	3.930	2,92	7,18	0,03	5,14
Santana do Cariri	3.646	4.510	38,54	53,64	11,66	18,00
Tarrafas	2.158	2.488	21,41	40,11	0,00	1,73
Várzea Alegre	8.712	11.541	53,23	74,70	6,21	17,46

Fonte: IBGE - Censo Demográfico 2000 e 2010 (Dados preliminares)

Fonte: QualiSUS, 2012

Como visto, a década de 2000 a 2010 trouxe crescimento econômico. Neste período houve crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) do estado do Ceará acima do nacional. De 2007 a 2009 o Ceará passou de uma contribuição de 1,89 para 2,04% ao ano na economia brasileira. Em 2009 a economia brasileira crescera 3,7%, enquanto o estado crescia 4,7% injetando 74.94 bilhões de reais na economia nacional, 10 bilhões a mais que o ano anterior. Deste montante o Cariri contribuiu com 3.8 bilhões (CEARÁ, 2012). Nos anos seguintes, em meio às oscilações econômicas no Brasil, o Cariri registrou, segundo o IPECE - 2017, uma retração no número de empregos formais. Comparando 2011 a 2016, fechou-se este último ano com déficit neste indicador (CEARÁ, 2017).

À despeito do desenvolvimento econômico relativamente mantido, o desligamento de empregados mostrou que para o Cariri ainda é importante a participação da transferência de renda, como pelo Programa Bolsa Família, ou pela Previdência Social, sobretudo num cenário de desaceleração da economia e desemprego, como o vivenciado nos últimos anos (CEARÁ, 2017).

Tabela 28: Saldo de emprego comparando 2011 a 2016**REGIÃO DO CARIRI**

Perfil das Regiões de Planejamento

Comportamento do Emprego Formal, segundo os municípios da Região – 2011/2016

Região de Planejamento	Admitidos		Desligados		Saldo	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Cariri	32.421	24.585	28.966	26.191	3.455	-1.606

Fonte: IPECE, 2017

Neste cenário, os programas de transferência de renda ainda têm um papel fundamental, sobretudo articulado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2010 a cidade do Crato, por exemplo, conseguia dar cobertura a 99,85% das famílias assistidas pelo Programa Bolsa Família (CEARÁ, 2012; CEARÁ, 2017).

Tabela 29: Cobertura pelo SUS de famílias assistidas pelo Programa Bolsa Família

MUNICÍPIO	Número de Famílias do Programa Bolsa Família								
	Total de Beneficiárias			Acompanhadas pela Atenção Primária					
	2009	2010	2011	2009		2010		2011	
				Total	%	Total	%	Total	%
Altaneira	887	906	954	679	76,55	797	87,96	813	85,22
Antonina do Norte	876	999	991	740	84,47	899	89,98	888	89,60
Araripe	2.949	3.338	2.947	2.925	99,18	3.302	98,92	2.690	91,27
Assaré	2.882	3.221	2.947	2.385	82,75	2.821	87,58	2.491	84,52
Barbalha	5.331	6.573	5.958	3.978	74,62	5.612	85,38	5.430	91,14
Campos Sales	3.281	3.685	3.222	3.258	99,29	3.656	99,21	3.185	98,85
Caririaçu	3.421	3.590	3.162	3.978	74,62	2.646	73,70	2.267	71,70
Crato	10.501	12.831	12.711	10.463	99,63	12.813	99,85	12.655	99,55
Farias Brito	2.786	2.796	2.817	2.737	98,24	2.788	99,71	2.770	98,33
Granjeiro	706	739	600	668	94,62	682	92,29	570	95,00
Jardim	3.428	3.496	3.508	3.027	88,30	3.009	86,07	3.062	87,29
Juazeiro do Norte	21.763	24.158	23.702	9.284	42,66	19.699	81,54	20.118	84,88
Missão Velha	4.001	4.467	4.514	2.489	62,21	4.467	52,32	3.434	76,07
Nova Olinda	1.559	1.824	1.652	1.459	93,58	1.824	100	1.561	99,93
Potengi	1.127	1.268	1.179	912	80,92	398	31,38	955	81,00
Salitre	2.086	2.576	2.358	1.913	91,70	2.380	92,39	2.224	94,31
Santana do Cariri	2.484	2.488	2.557	2.089	84,09	1.861	74,79	2.179	85,21
Tarrafas	1.440	1.453	1.362	965	67,01	1.019	70,13	977	71,73
Várzea Alegre	5.185	5.084	4.423	4.036	77,83	5.084	100	3.872	87,54

Fonte: DATASUS

Fonte: CEARÁ, 2012

Tabela 30: Número de famílias beneficiadas e valor transferido pelo Programa Bolsa Família em 2016.

Famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família e valor pago, segundo os municípios da Região – 2016

Região de Planejamento	Nº de famílias beneficiadas	Valor pago (R\$ mil)
Cariri	130.863	280.305

Fonte: IPECE, 2017

No plano institucional, alguns aspectos merecem atenção. Segundo estudos realizados pelo IPECE, no Cariri, apesar do aumento da receita orçamentária dos municípios e do estado, as despesas crescem muito rapidamente, influenciadas em parte pelo setor de pessoal. Entre 2011 e 2015 os gastos municipais com folha de pagamento cresceram mais de 60% (IPECE, 2017).

Quanto à Previdência Social, os dados mostram uma evolução nominal de 2011 a 2016 no número de beneficiados e no valor dos benefícios pagos. A arrecadação previdenciária cai no período acompanhando a queda do emprego formal (IPECE, 2017).

Tabela 31: Quantidades de benefícios emitidos pela Previdência Social entre 2011 a 2016

REGIÃO DO CARIRI

Perfil das Regiões de Planejamento

4.4 – PREVIDÊNCIA SOCIAL

Quantidade de benefícios emitidos pela Previdência Social, segundo os municípios da Região – 2011/2016

Região de Planejamento	Quantidade de benefícios emitidos		
	2011	2016	Crescimento nominal (%) (2011/2016)
Cariri	173.591	199.988	15,21

Perfil das Regiões de Planejamento

REGIÃO DO CARIRI

Valor dos benefícios emitidos pela Previdência Social, segundo os municípios da Região – 2011/2016

Região de Planejamento	Valor dos benefícios emitidos (R\$ mil)		
	2011	2016	Crescimento nominal (%) (2011/2016)
Cariri	1.164.921	2.171.819	86,43

REGIÃO DO CARIRI

Perfil das Regiões de Planejamento

Valor arrecadado pela previdência, segundo os municípios da Região – 2011/2016

Região de Planejamento	Valor arrecadado (R\$ mil)		
	2011	2016	Crescimento nominal (%) (2011/2016)
Cariri	228.245	155.260	-31,98

Fonte: IPECE, 2017

No plano institucional, alguns aspectos merecem atenção. Segundo estudos realizados pelo IPECE, no Cariri, apesar do aumento da receita orçamentária dos municípios e do estado, as despesas crescem muito rapidamente, influenciadas em parte pelo setor de pessoal. Entre

2011 e 2015 os gastos municipais com folha de pagamento cresceram mais de 60% (IPECE, 2017).

Tabela 32: Receita dos municípios do Cariri, 2011 a 2015

4.3 - FINANÇAS PÚBLICAS

Receita orçamentária arrecadada, segundo os municípios da Região – 2011/2015

Região de Planejamento	Receita orçamentária arrecadada (R\$ mil)					
	Receita total		Receita corrente		Receita de capital	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Cariri	1.334.087	1.965.020	1.298.129	1.893.934	35.958	71.086

Fonte: IPECE, 2017

Tabela 33: Receita estadual arrecadada no Cariri, comparando 2011 e 2016

REGIÃO DO CARIRI

Perfil das Regiões de Planejamento

Receita estadual arrecadada, segundo os municípios da Região – 2011/2016

Região de Planejamento	Receita Estadual Arrecadada (R\$ mil)					
	Receita total		Receita tributária		Receita do ICMS	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Cariri	230.455	445.652	226.141	440.377	193.416	301.908

Fonte: IPECE, 2017

Tabela 34: Despesa orçamentária empenhada pelos municípios caririenses em 2011 e 2015

Perfil das Regiões de Planejamento

REGIÃO DO CARIRI

Despesa orçamentária empenhada, segundo os municípios da Região – 2011/2015

Região de Planejamento	Despesa orçamentária empenhada (R\$ mil)					
	Despesa total		Despesa corrente		Despesa de capital	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Cariri	1.285.989	1.880.570	1.136.340	1.721.402	149.649	159.168

Fonte: IPECE, 2017

Tabela 35: Evolução dos gastos com pessoal nos municípios do Cariri, de 2011 a 2015

REGIÃO DO CARIRI

Perfil das Regiões de Planejamento

Despesa orçamentária empenhada corrente com pessoal, segundo os municípios da Região – 2011/2015

Região de Planejamento	Despesa corrente com pessoal (R\$ mil)		
	2011	2015	Crescimento nominal (%) (2011/2015)
Cariri	593.494	993.506	67,40

Fonte: IPECE, 2017

A combinação de menor empregabilidade e menor poder orçamentário do estado leva a grandes dificuldades para manter o colchão social que vem sustentando a mínima dignidade de vida de muitos caririenses. Caso se mantenha este cenário socioeconômico, podemos esperar agravamento nos índices de pobreza já graves, como mostra o compilado do IPECE em 2017. Este agravamento demanda crescentemente o Sistema Único de Saúde e se mostra mais

evidente na zona rural, de acesso mais difícil aos equipamentos de saúde de maior complexidade, aumentando a importância de se qualificar a atenção básica à saúde. (CEARÁ, 2017).

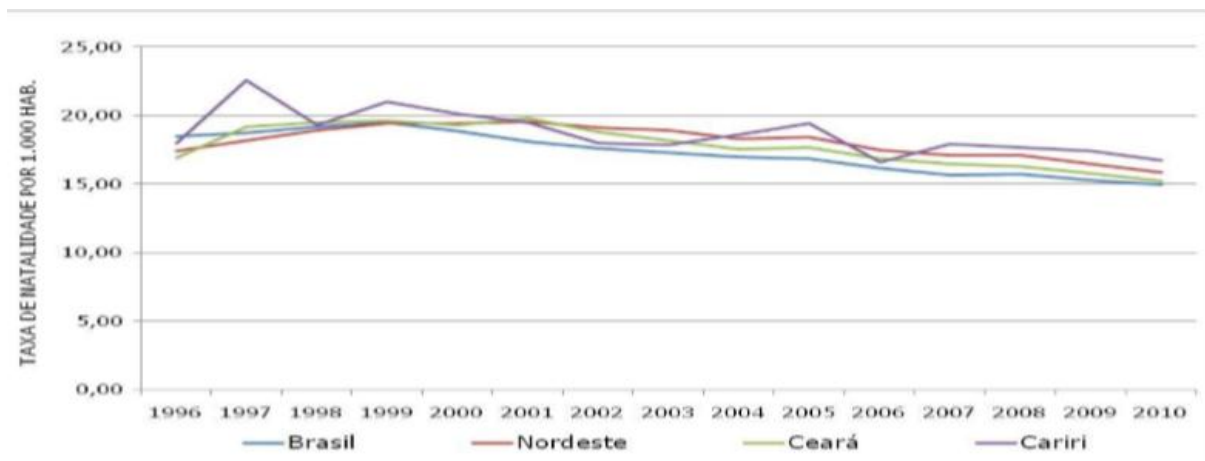
Tabela 36: Renda, pobreza e desigualdade no Ceará, destacando alguns municípios do Cariri

Tabela 9.1.1 Proporção da população extremamente pobre, segundo os municípios - Ceará - 2010							
Municípios	População extremamente pobre			% População extremamente pobre			
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	
Ceará	1.502.924	726.270	776.654	17,78	11,44	36,88	
Abaiana	2.399	993	1.406	22,86	21,81	23,65	
Acarape	2.616	1.208	1.408	17,06	15,13	19,14	
Acarau	18.365	7.060	11.305	31,91	25,00	38,57	
Acopiara	15.242	4.652	10.590	29,79	18,44	40,84	
Aiuaba	5.856	623	5.233	36,14	15,77	42,71	
Alcântaras	2.469	282	2.187	22,92	8,18	29,86	
Altaneira	2.235	1.362	873	32,60	27,48	45,97	
Alto Santo	3.877	1.227	2.650	23,70	15,26	31,86	
Amontada	15.825	4.354	11.471	40,34	27,30	49,26	
Antonina do Norte	2.045	1.058	987	29,28	21,16	49,72	
Apuiarés	4.473	1.388	3.085	32,12	24,05	37,84	
Aquiraz	7.869	7.005	864	10,83	10,44	15,58	
Aracati	12.049	5.673	6.376	17,42	12,88	25,38	
Aracoiaba	6.662	2.495	4.167	26,24	18,16	35,76	
Ararendá	4.061	1.597	2.464	38,71	32,55	44,12	
Araripe	8.406	4.022	4.384	40,64	31,59	55,13	
Aratuba	3.118	719	2.399	27,04	19,08	30,91	
Arneiroz	1.740	597	1.143	22,75	15,39	30,31	
Assaré	7.046	2.385	4.661	31,39	19,95	44,42	
Aurora	6.772	2.178	4.594	27,57	18,42	36,06	
Baixio	1.272	484	788	21,11	14,65	28,95	
Banabuiú	5.646	1.762	3.884	32,61	20,13	45,36	
Barbalha	7.175	3.801	3.374	12,97	10,00	19,50	
Crato	13.412	8.093	5.319	11,05	8,02	25,93	
Granjeiro	1.467	216	1.251	31,69	15,77	38,39	
Juazeiro do Norte	24.099	21.796	2.303	9,64	9,08	23,47	

Fonte: IPECE, 2017

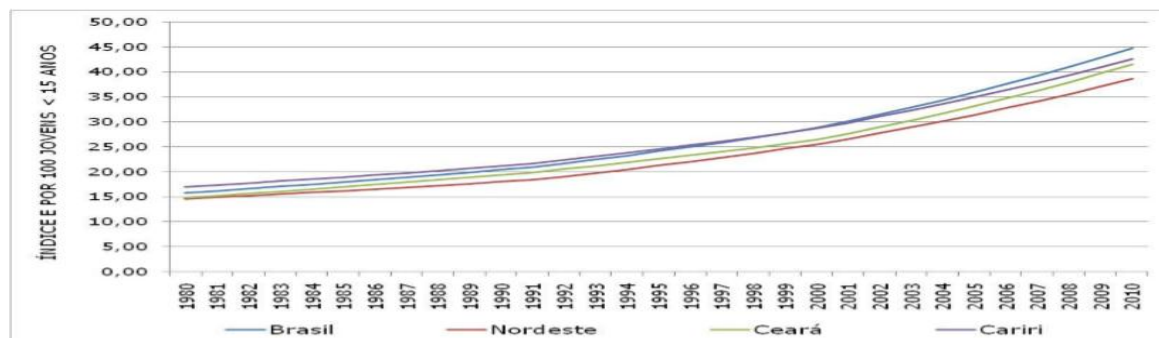
Por fim, estas transformações econômicas e sociais acontecem em um momento em que a população envelhece mais rapidamente, transformando as relações trabalhistas, previdenciárias e, certamente, afetas à saúde pública.

Segundo levantamento feito pelo governo do estado no âmbito do subprojeto das regiões de saúde do Crato e do Juazeiro do Norte em 2012 a taxa de natalidade (nascidos vivos por 1.000 habitantes) da Região Nordeste, do Ceará e do Cariri vem caindo, embora nas cidades de Crato e Juazeiro do Norte se mantenha estável em torno de 16,7% de 2000 a 2010, ligeiramente maior que a média do estado e da região Nordeste neste último ano: 15,2 e 15,8% respectivamente (CEARÁ, 2012).

Gráfico 3: Taxa de natalidade Cariri, Ceará, Nordeste e Brasil. 1996 a 2010

Fonte: IBGE/DATASUS - Dado coletado em 20/12/2011

Por outro lado, o mesmo estudo percebeu o crescimento do grupo etário maior que 60 anos em comparação ao de menos de 15 anos, chamado índice de envelhecimento. De 2000 a 2010 o estado do Ceará teve um incremento neste índice de 62,8%, enquanto no Cariri se registrou 64,85% equiparando-se à região Nordeste, com 65,5% e ao índice nacional, de 64,5%. Espera-se neste contexto uma maior ocorrência de doenças crônico-degenerativas, exigindo um remodelamento da atenção à saúde em seus três níveis: básico, secundário e terciário. A pesquisa mostrou um resultado mais agudo na cidade de maior porte e com maior urbanização, Juazeiro do Norte. A combinação de controle da natalidade com aumento de expectativa de vida está no cerne deste processo. Com proporcionalmente menos crianças é permitido melhorar o acesso e qualidade da educação sem aumentar muito os investimentos, com impactos positivos a longo prazo no sistema de saúde. Contudo, o maior número de idosos exige reformulações na atenção terciária, a mais onerosa (CEARA, 2012).

Gráfico 4: Envelhecimento populacional no Cariri, Ceará, Nordeste e Brasil de 1980 a 2010

Fonte: Projeto QualiSUS In: CEARÁ, 2012

2.4.7 Aspectos infraestruturais do Cariri

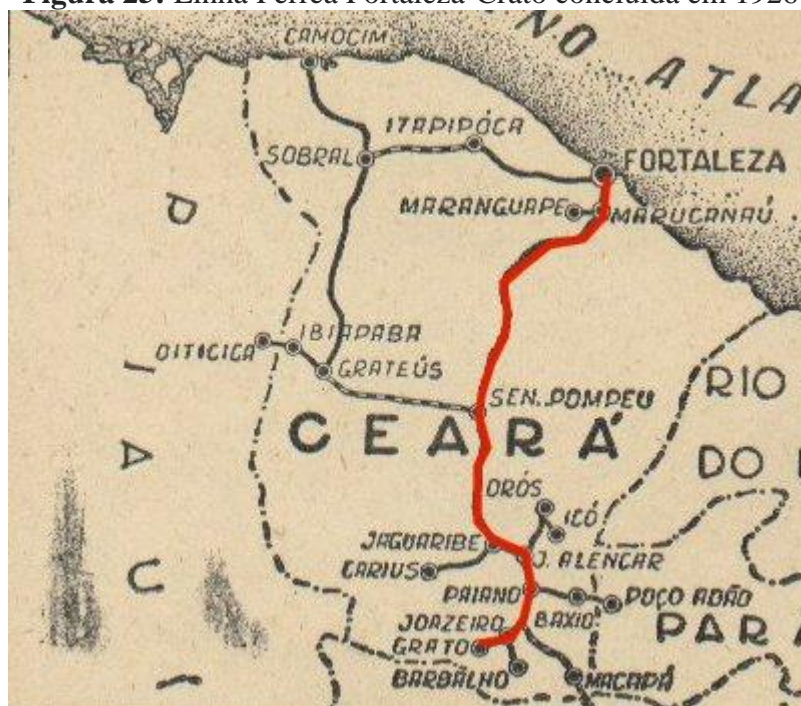
Neste tópico descrevemos como se organiza alguns aspectos da infraestrutura da região do Cariri e como se relacionam e determinam suas possibilidades de crescimento e desenvolvimento. Como já abordamos anteriormente questões relativas à educação, economia e organização social, aqui nos detemos a descrever as estruturas de transporte, acesso à água, integração digital e por fim abordamos a estrutura de saúde.

Um dos fatores de desenvolvimento da RMC é a sua integração com os diferentes modais de transporte, favorecendo o trânsito de pessoas, bens de produção, serviços. A Região Metropolitana do Cariri conecta-se com o Brasil através das redes ferroviária, rodoviária e um aeroporto regional. Trazemos aqui alguma descrição e considerações sobre esta infraestrutura.

2.4.7.1 Ferrovias

No Ceará a rede férrea foi a primeira a substituir o lento processo de transporte de pessoas e cargas por animais de tração. A história registra a primeira implantação de trilhos na capital Fortaleza em 1870. Desde então iniciou-se o processo de investimentos em transporte ferroviário a partir da capital do estado, então província, em direção ao interior e ainda vislumbrando a integração com outros estados e modais de transporte (REFERÊNCIA, ANO). A linha Fortaleza – Crato veio a atingir seu destino final apenas em 1926 e foi um marco no desenvolvimento da região. Durante seu período de expansão a rede ferroviária cearense experimentou diversos câmbios de propósitos econômicos e sociais, desde o investimento da coroa, passando a capital estrangeiro e recursos federais já na república, sendo incorporada por empresas como Rede de Viação Cearense (RVC) e posteriormente à Rede Ferroviária Federal S/A, a RFFSA, explorando o transporte de carga e passageiros ao longo do século XX (BADALO, 2018, 2019; DIÁRIO DO NORDESTE, 2011, 2018).

Figura 25: Linha Férrea Fortaleza-Crato concluída em 1926



Fonte: https://www.estacoesferroviarias.com.br/ce_crato/fotos/sul_mapa.jpg

No final do século XX, em 1988, o transporte de passageiros foi descontinuado, sendo priorizado apenas o transporte de cargas. A partir de 1992 a RFFSA passa por processo de desativação por meio do Programa Nacional de desestatização concluído em 2007. Seus ativos incorporados pela Companhia Ferroviária do Nordeste (CFN), privada, operando o terminal até 2009, quando a linha passa a ser incorporada ao VLT do Cariri, ou *Metrô do Cariri*. O VLT, ou Veículo Leve sobre Trilhos, é um metrô de superfície, o primeiro a operar no Brasil, utilizando-se a malha já existente (G1, 2010). Iniciou suas operações ainda em 2009, oferecendo transporte urbano para uma média de 1.700 pessoas ao custo de R\$ 1,00 (inteira) ou R\$ 0,50 (meia), além de oferecer condições de gratuidade. A linha integra o planejamento de transportes da Região Metropolitana do Cariri, operando em nove estações entre as cidades de Crato e Juazeiro do Norte, ao longo de 13,6 quilômetros (CEARÁ, 2019; AGUIAR NETO, 2012).

Figura 26: Mapa da via percorrida do Metrô do Cariri



Fonte: https://www.estacoesferroviarias.com.br/ce_crato/fotos/crato0101.jpg

Figura 27: Metrô do cariri



Fonte: Cariri Revista.

Atualmente a CFN detém a Transnordestina Logística S.A., operadora de trechos da ferrovia Teresina-Fortaleza. A empresa empreende desde 2006 a integração de grande parte da malha ferroviária nordestina, ligando regiões interioranas e a capital piauiense com várias outras capitais litorâneas. A ferrovia transnordestina objetiva complementar os 4,3 mil quilômetros da malha ferroviária nordestina privatizada desde 1997. O investimento total estimado em 11,3 bilhões de reais visa empreender obras ao longo de 1.728 quilômetros, atravessando 81 municípios dos estados do Piauí, Ceará e Pernambuco. A região do Cariri está contemplada neste planejamento por meio da conexão da Linha Fortaleza-Crato ao ramal Eliseu

Martins (PI)-Recife (PE). O entroncamento se daria na cidade de Missão Velha (CE), onde seria instalado um terminal multimodal. Tal conexão ligaria a produção agro-industrial interiorana aos portos de Pecém (CE) e Suape (PE). Ainda, o percurso da linha Fortaleza-Crato seria beneficiado com um segundo terminal multimodal na cidade de Lavras da Mangabeira, próximo de onde há a conexão com a linha férrea em direção a João Pessoa (PB). A cidade de Missão Velha merece uma atenção especial em virtude de compor a RMC, limitando-se com os municípios de Barbalha e Juazeiro do Norte e ainda encontrar-se na área de transposição das águas do Rio São Francisco. Acredita-se que este planejamento trará potencial de aglutinação de empreendimentos ligados à produção agrícola e industrial do Cariri (BIACHI e MACEDO, 2018).

Figura 28: Ferrovia Transnordestina



Fonte: [Transnordestina Logística S.A. In: Anuário do Ceará, 2018.](#)

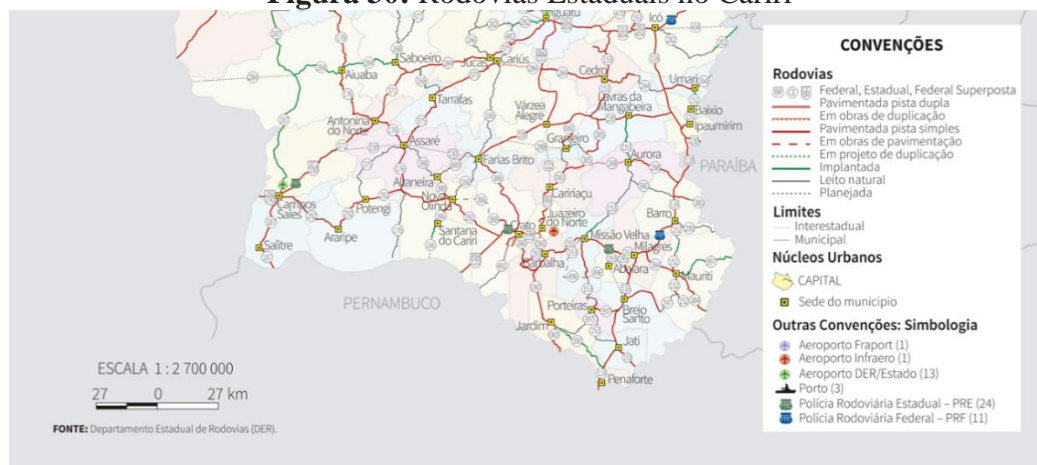
2.4.7.2 Estradas

A região do Cariri tem todos os seus municípios ligados por estradas asfaltadas, sendo as ligações entre Crato, Juazeiro e Barbalha e em pista dupla e já iniciada obras para duplicação entre Missão Velha e Barbalha, pela CE 293 e a pavimentação da CE 292, ligando Missão Velha a Juazeiro do Norte via aeroporto (ANUÁRIO DO CEARÁ, 2018; CEARÁ, 2019). Estima-se que mais de 200 mil veículos transitem na região do Cariri, contando todos os seus municípios (DIÁRIO DO NORDESTE, 2018). Nas maiores cidades da RMC, Crato Juazeiro do Norte e Barbalha, a frota de veículos registrada em 2018 já era de 192.087 veículos. Somente Juazeiro, ocupando o segundo lugar em número de veículos no estado, tinha registrado 109.652 veículos, quando no ano de 2012 registrava 80.686 (DIÁRIO DO NORDESTE, 2018; IBGE, 2019). O veículo mais presente na paisagem urbana atualmente é a motocicleta. Em dez anos, de 2007 a 2017, o número de motocicletas multiplicou-se por dez apenas em Juazeiro, preocupando os órgãos de trânsito (BADALO, 2018). Uma sondagem da autarquia de trânsito local chegou a contabilizar 216 vans de transporte coletivo circulando diariamente apenas em Juazeiro. Somadas então às outras categorias de veículos já é suficiente para um cenário desafiador quanto ao controle do tráfego, o que é agudizado em horários de pico e nas épocas das principais romarias de Juazeiro. O governo do estado e municipalidades da RMC tem investido continuamente em novas vias e soluções de trânsito como construções de viadutos, duplicação de vias, construção de um anel pericentral intermunicipal, ciclovias além de estimular outros modos alternativos de locomoção e a preferência por modais coletivos, conforme previsto pelo Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano (PDDU) (DIÁRIO DO NORDESTE, 2014; REVISTA CARIRI, 2019).

Figura 29: Frota de veículos do Ceará por cidade.



Fonte: IBGE, 2019

Figura 30: Rodovias Estaduais no Cariri

Fonte: Departamento Estadual de Rodovias (DER). In: Anuário do Ceará, 2018

A ligação rodoviária da região com Fortaleza é possível pela BR 116, pela CE 060, a Estrada do Algodão, e mais recentemente, pela CE 153, a Rodovia Padre Cícero. Esta rodovia, por meio de ligações com vários trechos de outras CE encurta em 70 quilômetros a viagem do Cariri a sua capital em relação à BR 116 (DIÁRIO, 2011; CEARÁ, 2019). Assim, a distância percorrida por estradas entre Juazeiro do Norte (centro da RMC) e Fortaleza fica entre 561 quilômetros, optando a via BR 116, 514 quilômetros pela Estrada do Algodão, ou ainda cerca de 493 pela CE 153, a Rodovia Padre Cícero (ROTAMAPAS, 2019).

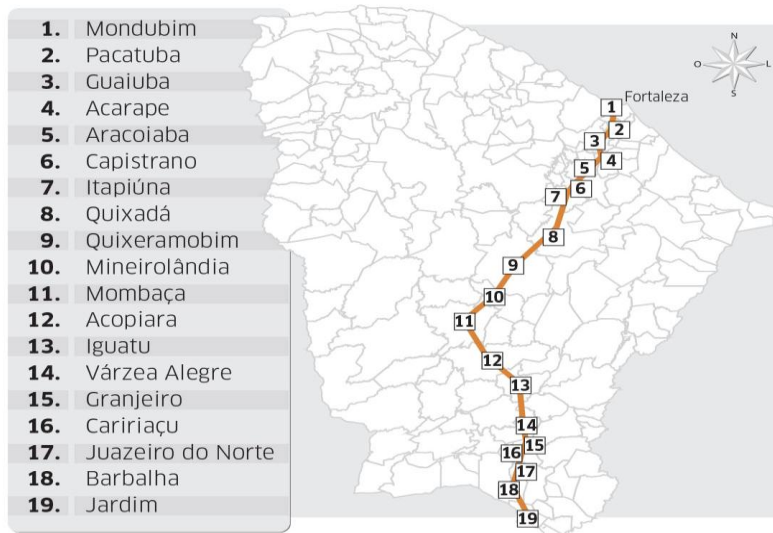
Figura 31: Infraestrutura das estradas em 2017

Fonte: Rodomaps 2019

Figura 32: CE 060 Estrada do Algodão

CE 060

Estrada do Algodão



Fonte: <http://www.lindomarrodrigues.com/2017/08/projeto-ouro-branco-tenta-revitalizar.html>

No plano nacional, a região se conecta ao restante do país pelas rodovias federais.

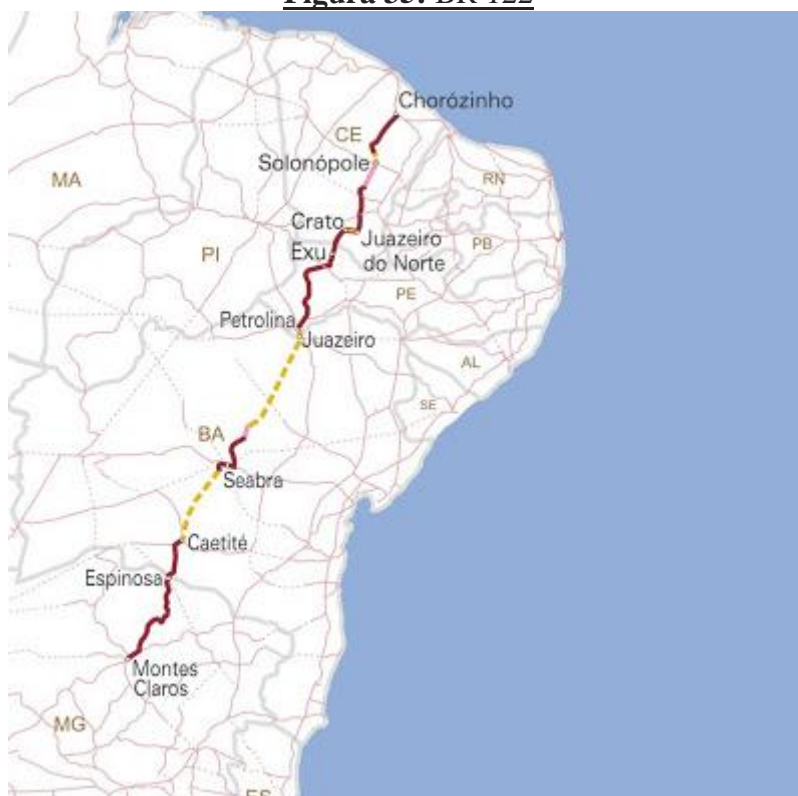
Figura 33: Rodovias no Ceará



Fonte: <http://www.cidadejua.com/2012/01/merecemos-uma-rodovia-federal.html>

Figura 34: Rodovia Padre Cícero

Fonte: Diário do Nordeste

Figura 35: BR 122

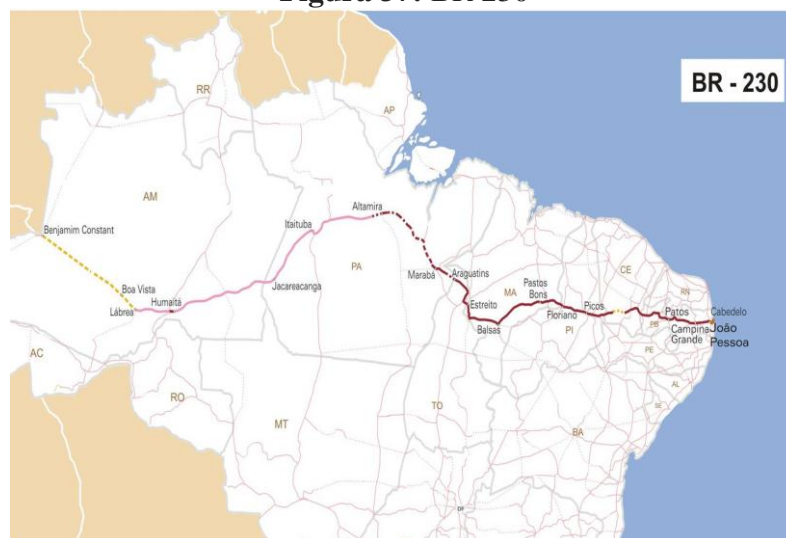
Fonte: Ministério da Infraestrutura

No plano nacional, a região se conecta ao restante do país pelas rodovias federais. As mais relevantes para a RMC são as BR 122, 116 e 230. A BR 122 é a rodovia longitudinal que liga o norte do estado a partir da cidade de Chorozinho a cidade de Montes Claros (MG), de cujo trevo parte a BR 251, a importante Rio-Bahia. O trecho entre Crato e Exu (PE) é oficialmente denominado Rodovia Asa Branca, em alusão à famosa música de Luiz Gonzaga, reverberando a proximidade não apenas física e comercial, mas cultural entre os dois lados da chapada. Ainda pela região atravessam duas das maiores e mais importantes rodovias federais, a BR 116 e a BR 230. A BR 116 dispõe-se longitudinalmente ligando a capital cearense à cidade gaúcha de Jaguarão, na fronteira com o Uruguai. Trata-se de um dos principais eixos rodoviários do país cobrindo 4.486 quilômetros através das regiões Nordeste, Sudeste e Sul do país. Na região Centro-Sul cearense, a rodovia corta as cidades atravessa ou margeia o município de Ipaumirim, adentrando o Cariri pelas cidades de Barro, Milagres, Abaiara, Brejo Santo, Porteiras, Jati e Penaforte. Já a BR 230 é a maior rodovia do país, também conhecida como Transamazônica. Se dispõe transversalmente por 5.662 quilômetros (contando com trechos inacabados) de Cabedelo (PB) a leste até a cidade de Lábrea (AM), onde foi interrompida antes de atingir seu destino final em Benjamin Constant (AM) divisa com a Colômbia. No sentido leste-oeste ela cruza a fronteira cearense pelo município de Ipaumirim, onde se cruza com a BR 116, passa pelo município de Lavras da Mangabeira, onde cruza o Cariri pelas cidades de Várzea Alegre, Farias Brito, Assaré, Antonina do Norte e chegando a Campos Sales, já divisa com o estado do Piauí (BRASIL, 2019).

Figura 36: BR 116



Fonte: Ministério da Infraestrutura

Figura 37: BR 230

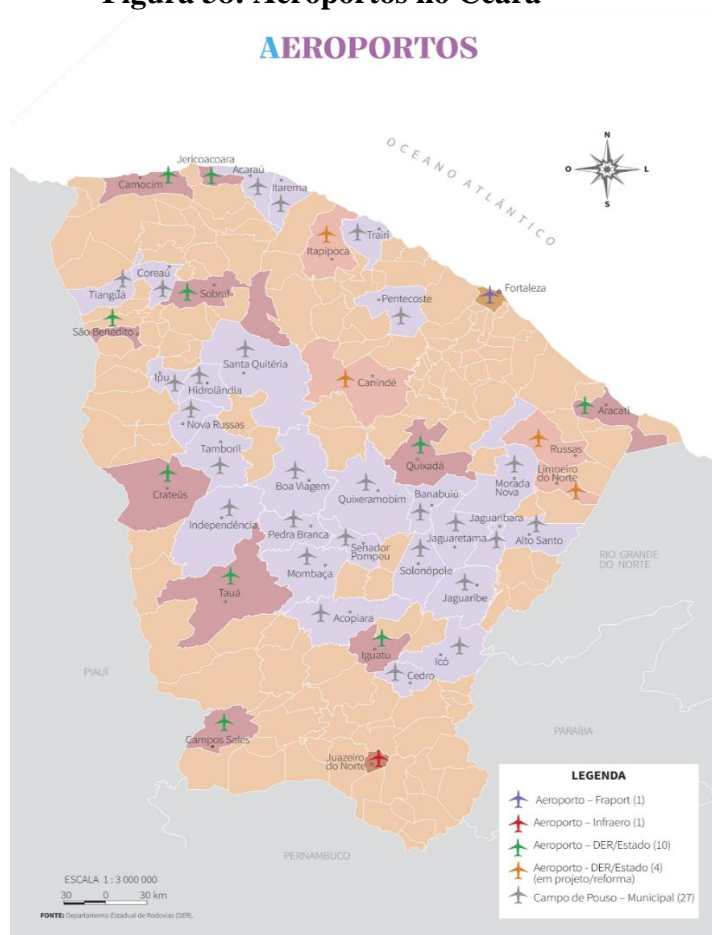
Fonte: Ministério da Infraestrutura

2.4.7.3 Aeroporto

A Região Metropolitana do Cariri conta com um aeroporto regional instalado na cidade de Juazeiro do Norte. O Aeroporto Regional Orlando Bezerra de Menezes passou a integrar a rede Infraero desde 2002. Devido a sua localização estratégica, a apenas 6 Km do centro da cidade e a 8 Km de sua rodoviária, tem fácil acesso aos habitantes da RMC. Sua área de abrangência atinge não só o Cariri, mas a região Centro-Sul do estado, além de setores do noroeste de Pernambuco, alto sertão paraibano e sudoeste do Piauí (DIÁRIO DO NORDESTE, 2018; INFRAERO, 2019). Desprezando os diversos destinos possíveis operados por empresas de táxi aéreo, o Aeroporto Regional Orlando Bezerra de Menezes conta atualmente com seis destinos principais operados pelas empresas GOL e AZUL: Fortaleza, Recife, Brasília, Guarulhos (SP), e Campinas (SP). O terminal ainda não opera em sua capacidade máxima que seria de atender até 800 mil passageiros por ano (DIÁRIO DO NORDESTE, 2018). Contudo, nos últimos cinco anos, período de 2013 a 2018, vem registrando crescimento anual de sua movimentação. Em 2013 o terminal recebeu 387.990 passageiros, passando para 415.836 no ano seguinte. Em 2015 foram registrados 444.388 passageiros e em 2016 o número subiu para 534.712 embarques e desembarques. Em 2017 542.280 viajantes passaram pelo aeroporto e 2018 encerrou um crescimento histórico de 3,92% em sua movimentação anual passando para 563.548 passageiros em até 18 operações diárias na alta estação. Segundo o superintendente do

aeroporto o investimento em ampliação e qualificação de sua infraestrutura foi fundamental para a melhoria de seu desempenho (INFRAERO, 2019)².

Figura 38: Aeroportos no Ceará



Fonte: Anuário do Ceará, 2018.

[Merecem destaque alguns setores de infraestrutura fundamentais ao desenvolvimento da região do Cariri.](#)

[2.4.7.4 Abastecimento de água](#)

Historicamente considerado o *oásis do sertão* em virtude das dádivas climáticas e da oferta de água por conta da Chapada do Cariri, a região passa por um momento de crescimento

² As empresas Avianca e TAM chegaram a operar no Aeroporto Regional Orlando Bezerra de Menezes, contudo descontinuaram seu serviço. Em 2019 o Aeroporto Regional Orlando Bezerra de Menezes seria arrematado em leilão pela empresa espanhola AENA Desarrollo Internacional. O leilão operado pela Agência Nacional de Aviação Civil (ANAC) auferiu ao todo 1,9 bilhão de reais com o bloco Nordeste completo, do qual fez parte o aeroporto de Juazeiro do Norte. O Aeroporto operou voos para Petrolina (PE), contudo foi descontinuado o serviço.

econômico e populacional intenso caracterizado pela ocupação urbana desordenada (G1, 2010; DIÁRIO DO NORDESTE, 2018; IPECE, 2019).

Aqui, a taxa chinesa de crescimento do Nordeste não se reflete em investimentos na economia verde. Pelo contrário, só para ficar num único exemplo, a construção civil impulsiona uma especulação imobiliária que avança sobre a Chapada do Araripe, a encosta de remanescente de floresta responsável pela recarga do aquífero que dá a este pedaço dos trópicos o apelido de oásis do sertão. (Marina Saraiva. G1, 2010)

A ocupação econômica da Chapada do Cariri, sobretudo com a cana de açúcar e outros produtos agrícolas motivou a preocupação por algum sistema de gestão das águas das fontes. Historicamente o sistema vigente beneficiava sobretudo os donos de terra, os quais negociavam o acesso à água que brotava em nascentes dentro de suas propriedades. Foi necessário mais de um século e várias constituições para a transformação desta cultura (ABREU e PINHEIRO, 2007).

Na região do Cariri, interior do Ceará, várias fontes de água nascem na Chapada do Araripe, onde os produtores de cana-de-açúcar desenvolveram desde 1854 um sistema de direitos e alocação de água baseado nas forças de Mercado. Esse modelo que ainda se encontra em operação na atualidade permite a propriedade privada da água, e os proprietários – possuidores de títulos de direitos de uso da água - negociam estes direitos e legitimam as transações com água no Cartório Público da Cidade do Crato. [...] Só em 1988, o Brasil instituiu o seu novo modelo de gestão por força da Constituição Federal Brasileira daquele ano e da Política Nacional de Recursos Hídricos, lei nº 9.433, (8 de julho de 1997). A água passou a ser de domínio público e considerado um recurso limitado com valor econômico, significando, portanto, que o usuário deve pagar para utilizá-la. As leis dispõem que o uso dos recursos hídricos se sujeita à outorga, ou seja, a uma licença concedida pelo órgão administrativo competente, o gestor das águas. (ABREU e PINHEIRO, 2007)

A região do Cariri, até o presente momento, conta com água em quantidade e qualidade suficientes para abastecimento humano, industrial e agrícola (ABREU e PINHEIRO, 2007). Os solos da região, desde de tempos imemoriais acumula uma riqueza neste líquido precioso. O tem solos mais permeáveis, sedimentares, formando um aquífero esponjoso, onde é mais fácil extrair água em comparação às vastidões de solos cristalinos na maioria do sertão nordestino (DIÁRIO DO NORDESTE, 2015; LOPES, et al 2002).

O principal sistema hidrogeológico é constituído pelo conjunto das formações Mauriti, Missão Velha e Rio da Batateira, que possui as melhores condições de exploração de água subterrânea e contém a grande maioria dos poços construídos na área. Os dados hidrogeológicos revelam que o município pode ser totalmente abastecido por água subterrânea de boa qualidade físico-química sem o comprometimento das suas reservas permanentes, na ordem de 1,55x10⁹ m³, mesmo com uma perspectiva de crescimento da população para os próximos 30 anos. Em termos iônicos predominam as águas do tipo bicarbonatadas, com potabilidade dentro dos padrões exigidos para saúde e sem restrições para uso na irrigação. (LOPES et al, 2002)

[...] Na bacia do Araripe, região do Cariri, onde estão os melhores aquíferos do estado do Ceará, com as maiores reservas de água subterrânea, quase sempre de boa qualidade, abastecendo os três municípios, através de poços tubulares e/ou fontes. O

termo CRAJUBAR, utilizado pelos habitantes da região, serve para designar a área limítrofe dos três mais importantes municípios que são: Crato (CRA), Juazeiro do Norte (JU) e Barbalha (BAR). O abastecimento público de água nas cidades de Juazeiro do Norte e Barbalha é feito através de água subterrânea, complementado por fontes no município do Crato; contando com 74.139 ligações e uma oferta d'água de 4.369 m³ /h. (VERÍSSIMO e CAVALCANTE, 2000)

O consumo de água per capita demonstra que há descuido com a racionalidade de seu uso:

Dados revelam um enorme consumo per capita de água, equivalente a 318 l/hab/dia no município de Barbalha, 328 /hab/dia em Juazeiro do Norte e 370 l/hab/dia no Crato. Calculando-se a média das três cidades, tem-se consumo de 340 l/hab/dia, o que representa mais do dobro acima do recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 150 l/hab/dia. (ABREU e PINHEIRO, 2007)

Toda essa riqueza de água é diminuída pela baixa eficiência tecnológica em seu aproveitamento. Destarte, a região é caracterizada historicamente por conflitos na gestão da água (PINHEIRO et al, 2011; DIÁRIO DO NORDESTE, 2015).

Este cenário impõe esforços por parte dos entes estadual e municipais no sentido de se avançar na gestão mais inteligente de suas águas, inclusive com avanços legislativos eficientes na resolução de conflitos. Contudo, a projeção futura de crescimento regional tornou necessária uma maior integração com o governo federal a fim de impulsionar projetos mais audaciosos de abastecimento de água.

Deve-se ter em mente que apesar até o momento ser privilegiada quanto à oferta de água em relação à maioria do Semiárido a região do Cariri não está imune ao risco de crises hídricas causadas pela combinação de forças da natureza e da ação humana abusiva.

Com 100% do território suscetível à desertificação, o Ceará é o único estado da federação que pode se tornar completamente infértil se não houver um trabalho de recuperação das áreas em situação mais crítica. [...] A desertificação é definida pela Convenção das Nações Unidas de Combate à Desertificação como sendo a degradação de terras, nas zonas áridas, semiáridas e subúmidas secas. (G1, 2017)

Um mapeamento realizado em 2016 pela Fundação Cearense de Meteorologia e Recursos Hídricos (FUNCEME) já contabilizava 17.042 km², equivalentes a 11,45% do estado, estão fortemente degradados e suscetíveis à desertificação, sobretudo após a grande seca de 2012 a 2016 (G1, 2017). A Fundação monitora constantemente os principais sistemas meteorológicos associados às chuvas, como os ventos de leste na pré-estação chuvosa, a Zona de Convergência Intertropical (ZCIT), responsável pela principal quadra chuvosa, além do *el niño*, o grande vilão associado às piores estiagens do semiárido seja. Ao lado da FUNCEME e seu aparato técnico-científico, os caririenses depositam sua crença em São José e nos métodos

empíricos. O prognóstico dos Profetas da Chuva, como são conhecidos homens e mulheres do campo experientes em fenômenos climáticos, ainda é bastante considerado (PANNESI, 2012; BRASIL DE FATO, 2019). O grande encontro destes vates sertanejos se dá anualmente em Quixadá, Sertão Central do Ceará e é bastante aguardado pelos agricultores e pecuaristas do Cariri. O ano de 2018 marcou sua 22ª edição (DIÁRIO DO NORDESTE, 2018).

No Semiárido brasileiro, o inverno já está se aproximando. Quando árvores sangram, pássaros constroem ninhos mais resistentes e a posição das estrelas muda, é sinal de chuva no sertão. Já faz tempo que os institutos de meteorologia existem, mas é nas comunidades rurais do semiárido que vivem os profetas da chuva. Assim são chamados homens e mulheres de diversas idades que vem aprendendo e repassando a cada geração como reconhecer os sinais de chuva. Existem três linhas de percepção: as mudanças na fauna e flora, a posição dos astros no céu e os sonhos (BRASIL DE FATO, 2019).

A região do Cariri está no mapa do projeto de Transposição das Águas do Rio São Francisco, mas apenas margeando a região. Para auxiliar na melhor distribuição deste recurso vital em setores críticos da região do Cariri, inclusive a RMC, o governo do estado empreende a construção de um projeto chamado Cinturão das Águas do Ceará (CAC). Vários municípios da região do Cariri estão contemplados neste projeto, inclusive da RMC.

O projeto de Transposição das Águas do Rio São Francisco, ou oficialmente chamado, Projeto de Integração do Rio São Francisco, é a maior obra de infraestrutura hídrica do país. Tem 477 quilômetros de extensão em dois eixos, Leste e Norte e objetiva garantir segurança hídrica para cerca de 12 milhões de pessoas em 390 cidades no semiárido nordestino, mais precisamente no interior dos estados de Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e o Ceará (este no Eixo Norte). As cidades cearenses contempladas são Penaforte, Jati, Brejo Santo, Mauriti e Barro, todas no Cariri. Contudo, suas águas podem chegar até a capital cearense, beneficiando até 4,5 milhões de habitantes apenas neste centro (BRASIL, 2019).

Este projeto oportuniza a integração de um rio perene, o mais caudaloso da região com outras bacias de rios intermitentes e reservatórios de grande variabilidade. Fundamental considerar que a região Nordeste abriga 28% da população brasileira, dispondo de apenas 3% do seu quinhão de água. O Rio São Francisco sozinho detém 70% da oferta de água de toda a região e os estudos e avaliações já realizados demonstram viabilidade técnica, econômica e impacto ambiental aceitável. A simulação hidrológica utilizada pela Agência Nacional de Águas (ANA) mostra que o projeto pode captar a partir de 26,4m³/s em períodos muitos secos até 127 m³/s na cheia, sem prejuízo para o manancial. Neste caso, até 99 m³/s poderiam ser destinados ao eixo Norte (BRASIL, 2019).

Trata-se de um projeto antigo, remontando ao segundo império, desde então negligenciada até que se chegasse ao século XXI. A história deste projeto se entrecruza com o Cariri e tem na cidade do Crato o seu gérmen.

Uma história que João Ferreira Filho, tenente-coronel da reserva do Exército Brasileiro conhece muito bem. Engenheiro especialista em obras na área hídrica, Ferreira Filho conta que os dois anos de estiagem que o Nordeste enfrentou no tempo do Império – de 1844 a 1845 – motivaram o intendente da comarca do Crato, no Ceará, Marcos Antônio de Macedo, a propor um projeto para trazer água do São Francisco para o seu estado. O canal partiria de Cabrobó, em Pernambuco, para abastecer o rio Jaguaribe, um dos principais do Ceará. Foi o primeiro projeto de transposição das águas do rio São Francisco, elaborado em 1847. [...] Trinta anos se passaram sem que o imperador Dom Pedro II tomasse conhecimento do ousado plano, até que o Nordeste enfrentou outro período de secas, entre 1877 e 1879. Desistiu de retomá-lo, porém, porque estudos feitos pelo Barão de Capanema demonstraram não haver recursos técnicos para fazer com que as águas transpusessem a Chapada do Araripe, localizada na divisa dos estados do Ceará, Piauí e Pernambuco. (PÚBLICA, 2014)

Figura 39: Plano geral do projeto de transposição das águas do Rio São Francisco



Fonte: Anuário do Ceará, 2018

A região do Semiárido Nordeste, onde está inserida a Chapada do Araripe e o Cariri, é caracterizada pelo balanço hídrico negativo, resultado da combinação de precipitações limitadas, variáveis e concentradas em poucos meses do ano, solos em sua maioria cristalinos, não porosos à infiltração de água e formação de aquíferos e um severo regime de insolação provocando intensa evaporação das águas superficiais. O principal sistema climático responsável pelo período chuvoso no Semiárido é a Zona de Convergência Intertropical (ZCIT), auxiliada pelos sistemas de ventos de Leste. Este sistema ocorre principalmente o verão, podendo se estender de dezembro a abril. Contudo é variável. Em períodos de secas mais severas sua carga pluviométrica pode se reduzir em até 50%. Observa-se em média uma pluviosidade de até 1.000 mm (milímetros) no litoral leste. Contudo, à medida em que o sistema avança para o interior do Semiárido perde força e a maioria deste território recebe 500mm de chuva anuais. A exceção são as chapadas, como a do Araripe, formadoras de microclimas capazes de concentrar até 1.500mm de chuvas anuais. Mesmo assim, o território é banhado na maior parte do ano, especialmente de outubro a dezembro, por um sol escaldante. A insolação da região chega a 2.800 horas/ano, provocando um regime de evaporação de 1.000mm, registrado no litoral leste, atingindo 2.000mm no interior da região e podendo chegar até 3.000mm dependendo da localidade. (BRASIL, 2007).

A evaporação varia de 1000 mm no litoral da Bahia e Pernambuco, atingindo 2000 mm no interior, sendo que na área de Petrolina – PE, pode chegar a 3000 mm (IICA, 2002). Esses dados estão confirmados por Molle (1989) em pesquisas realizadas com base em dados de 11 postos distribuídos no Semi-Árido e séries históricas variando entre 8 e 25 anos, em que a evaporação média anual medida em tanque classe “A” aproximou-se de 3,0 m, variando entre 2.700 a 3.300 mm, sendo que os valores mais elevados ocorrem nos meses de outubro a dezembro e mínimos de abril a junho. (BRASIL, 2007)

O impacto na região é bastante conhecido nos períodos de estiagem mais severa. Na maior parte de seu território a água é armazenada em reservatórios de superfície fadados ao processo de evaporação da flor das águas e maior concentração de sais nas águas restantes comprometendo sua qualidade para o consumo humano e animal.

O Semi-Árido brasileiro possui cerca de 70 mil açudes de pequeno porte, os quais são caracterizados por volumes entre 10.000 e 200.000 m³ e representam 80% dos corpos d'água nos estados do Nordeste. Os açudes também apresentam restrições relativas à qualidade da água, principalmente devido à salinização, o que gera prejuízo às culturas e aos terrenos à jusante, além de comprometer o consumo humano e outros usos da água. (BRASIL, 2007)

Como forma de confrontar este problema surge o Projeto do Cinturão das Águas do Ceará (CAC), da participação composta do executivo em seus três níveis (municipal, estadual

e federal) objetivando uma maior capilaridade na distribuição das águas da Integração do Rio São Francisco (BRASIL, 2010). O projeto prevê até 2040 contemplar quase completamente por gravidade todas as cabeceiras das bacias hidrográficas do Ceará, despejando as águas do Velho Chico nos açudes existentes no estado. A vazão prevista é de no mínimo 26,4 m³/s, podendo atingir 127 m³/s, caso o reservatório de Sobradinho, no Rio São Francisco, comporte 94% do seu volume útil (BRASIL, 2010).

Além de proporcionar uma distribuição espacial mais homogênea da oferta hídrica, o CAC aumentará sua garantia. A oferta hídrica com elevado nível de garantia (90%) será incrementada dos atuais 90 m³/s para mais de 120 m³/s; para a garantia quase plena (99%). A oferta subirá de 73 m³/s para mais de 100 m³/s. (BRASIL, 2010)

O resultado mais conciso deste projeto reside na democratização da oferta da água, resgatando o horizonte de desenvolvimento sustentável do estado por meio da segurança hídrica.

No horizonte do ano 2040 do projeto, a implantação do Cinturão gerará um cenário favorável de suprimento hídrico em todas as macro-bacias. Será possível atender com plena garantia (99% do tempo) quase toda (95%) das demandas prioritárias de abastecimento humano, industrial e turístico. Além disso, o sistema integrado do Cinturão e reservatórios locais permitiria irrigar mais de 50 mil hectares com plena garantia (99%). Hoje a área irrigável com esta garantia ideal é de somente 22 mil hectares. Se a operação fosse feita com a oferta garantida de 90%, a área irrigável poderia ser aumentada para mais de 85 mil hectares. (BRASIL, 2010)

2.4.7.5 Integração Digital

O desenvolvimento da região do Cariri também passa pelo domínio da linguagem digital e sua miríade de possibilidades nas diferentes aplicações da ação humana. Desde 2001 o Estado do Ceará estruturou uma empresa de tecnologia com vistas a potencialização de um processo de integração digital de suas regiões, ampliando a rede de acesso à Internet e incrementando sua potência. A Empresa de Tecnologia da Informação do Ceará – ETICE viabilizou o projeto do Cinturão Digital do Ceará (CDC), com propósito de viabilizar o acesso à internet de alta qualidade para os diversos órgãos públicos e em segundo plano à população e geral, em praças e ambientes públicos.

Trata-se de uma iniciativa pioneira na expansão da rede por fibra óptica para o estado e a população.

O CDC é um projeto pioneiro no Brasil. Depois dele, vários estados, como Pará, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraíba, Piauí, entre outros, inclusive dos Estados Unidos, já visitaram a Etice a fim de observar o modelo do Cinturão Digital implantado pela empresa. (CEARÁ, 2019)

Este empreendimento deu condição à implantação de projetos tecnológicos em plataforma digital, como acesso à internet, telefonia, TV digital, Voip, videoconferência, telemedicina, educação à distância, monitoramento por câmeras, fiscalização de cargas, otimização na arrecadação de tributos, projetos de segurança pública, entre outros. A rede estruturada exigiu grandes investimentos por parte do governo e articulação com parcerias privadas e o ente federal. Porém, em três anos de estruturação 60 milhões de reais já foram poupados pelo estado apenas em contratos de internet (CEARÁ, 2019).

Todo o projeto de instalação de fibras ópticas custou aproximadamente R\$ 65 milhões. Com aporte de R\$ 35 milhões do Estado (54%), R\$ 10 milhões do Banco Mundial (15%) e R\$ 20 milhões de recursos federais (31%) por meio de emendas da bancada do Ceará. (CEARÁ, 2015)

O CDC é composto de uma estrutura de fibra ótica contendo anéis, subanéis e derivações com pontos de interconexão. A estrutura é mantida parte pelo Estado (ETICE), com recursos do tesouro estadual, emendas da bancada federal do estado e recursos de convênios federais, provendo 4.150 Km de cabos. Mas também dá lugar à iniciativa privada, responsável por 3.910 Km da estrutura. No total 8.060 Km de rede atendendo 90% da população urbana do estado, significando mais de três milhões de pessoas diretamente ou através de mais de 500 provedores de internet. Este modelo permite que o governo do estado se concentre nas áreas mais carentes.

Quanto mais remotas as áreas, maiores os custos para acesso à banda larga e menor a renda populacional. É nesta lacuna que o Governo está atuando, fornecendo, através do CDC, a infraestrutura necessária para acesso à banda larga (CEARÁ, 2015).

Figura 40: Cinturão Digital do Ceará

Fonte: ETICE

Inclusive, o município do Tauá, grande em extensão, contudo árido e com baixa densidade populacional se beneficia das vantagens da internet rápida e gratuita.

O Município de Tauá investe na ampliação da capacidade do provedor, fato que permitirá também a informatização das unidades de saúde e educação, com oferta de internet para maior facilidade e rapidez no atendimento da população, na transmissão e troca de informações entre os órgãos públicos além de disponibilizar outros serviços como bodefone, conexão por provedor próprio, computadores em escolas, quiosques digitais, um centro municipal de capacitação, um pólo de software, transparência das contas públicas e praças com acesso livre. (CEARÁ, 2015)

A área da educação é uma das maiores beneficiárias do empreendimento. Um convênio entre a ETICE e a Telebrás permitiu que o Programa Nacional de Banda Larga – PNBL ampliasse os recursos do CDC, popularizando seu acesso. Inclusive, A rede nacional de pesquisa do Ministério da Ciência, Tecnologia e Comunicações se utiliza do CDC para prover acesso à internet em banda larga nos campi universitários do interior do estado (CEARÁ, 2015).

Além da parceria com as escolas, a Etice realizou convênio com a Rede Nacional de Pesquisa (RNP) para conectar, com fibra óptica do CDC, toda a rede de universidades, institutos federais de ensino e escolas profissionalizantes. Atualmente, somente no interior do estado, 62 pontos de ensino e pesquisa já estão conectados ao Cinturão. (CEARÁ, 2015)

Gráfico 5: Serviços públicos suportados pelo CDC

Fonte: ETICE

As escolas estaduais e municipais também são beneficiadas. 114 dos 184 municípios do estado estão conectados, inclusive muitos no Cariri. Apenas na capital 711 escolas conectam-se por meio de uma tecnologia de baixo custo, a “Gigabit Passive Optical Network – GPON” a qual permite o roteamento de dados sem o uso de energia elétrica, permitindo o uso de internet com capacidade de até 1 Gbps (1.000Mbps) de transferência de dados. Antes do CDC apenas cinco municípios cearenses contavam com acesso à internet a uma velocidade de 512 Kbps (CEARÁ, 2015). O desafio é a expansão para o interior do estado, onde o ganho social ainda seria mais evidente.

Na dimensão da inclusão social, o Cinturão Digital provê a infraestrutura para que a população de baixa renda possa se beneficiar da rede de forma efetiva. Vale mencionar que a banda larga tem grande poder de atração de novas empresas de base tecnológicas, notadamente no interior do Estado, onde o ambiente de negócios será fortalecido (CEARÁ, 2015).

2.4.7.6 Estrutura de Saúde

Levando em conta a complexidade e custo como variáveis crescentes na realidade na assistência a saúde do Brasil e do Cariri o Sistema Único de Saúde - SUS adota o princípio operacional da Regionalização aproximando planejamento e execução dialogados ao diagnóstico mais agudo de questões mais específicas de uma região. Neste sentido o documento estadual registra: “A regionalização é a diretriz do Sistema Único de Saúde – SUS que orienta o processo de descentralização das ações e serviços de saúde e os processos de negociação e pactuação entre os gestores”. (CEARÁ, 2019)

As Regiões de Saúde são espaços geográficos contínuos formados por municípios limítrofes agrupados conforme suas identidades culturais, econômicas e sociais (CEARÁ, 2019). O processo de regionalização também leva em conta as redes de comunicação e infraestrutura de transporte compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e execução de ações dentro de uma matriz de serviços de saúde e por meio de um sistema de referenciamento, conforme o Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011 (CEARÁ, 2019).

Crítérios que delimitaram as Regiões de Saúde no Ceará

- Malha viária
- Proximidade dos municípios
- Deslocamento da população aos serviços de saúde
- Capacidade máxima dos serviços de saúde, existente nos municípios
- Sentimento de pertencimento e interdependência– Disposição política para pactuação (CEARÁ, 2019)

Uma proposta alternativa para a crise vivenciada pelos municípios no setor saúde tem sido a regionalização, que consiste na definição de territórios no interior dos estados, onde os municípios, por meio de convênios, racionalizam os recursos e buscam controlar as demandas através de uma infraestrutura compartilhada (FERNANDES, 2019).

Este sistema visa garantir e ampliar o acesso aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade, por meio da integralidade na sua atenção. Entende-se como Integralidade, enquanto princípio, o “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde” (CEARÁ, 2019). Dentro do território regionalizado espera-se, por meio do fortalecimento do papel dos estados e municípios de forma articulada, a execução de suas funções gestoras de forma racional em relação à aplicação dos recursos financeiros, materiais e humanos. Com isto mira na redução das desigualdades sociais e territoriais. Contudo, ainda dentro de sua filosofia e à despeito da não distinção entre pessoas, está o princípio da equidade. Este princípio prega não o preconceito ou o privilégio entre pessoas, mas antes uma “discriminação positiva para os mais necessitados” (CEARÁ, 2019).

O Plano Diretor de Regionalização do Estado do Ceará considera todas as questões supracitadas e estrutura a assistência em seu território conforme Macrorregiões de Saúde. Estas Macrorregiões podem ser entendidas como conjuntos de Regiões de Saúde que convergem para os polos terciários. A atenção terciária compreendida neste contexto é aquela constituída por serviços de saúde de alta complexidade alto custo como os serviços de: urgência e emergência clínicas, cirúrgicas e traumatologia-ortopedia, atenção gestante de alto risco, cardiologia, oncologia, neurologia e atenção ao paciente criticamente enfermo (Unidades de Terapia Intensiva – UTI). Acesso a serviços como quimioterapia, radioterapia, terapia renal substitutiva, exames

hemodinâmicos, Medicina nuclear, radiologia intervencionista e exames diagnósticos de maior complexidade.

As Regiões agregam municípios conforme diretrizes da atenção primária e secundária como a Estratégia de Saúde da Família – ESF, ambulatórios, Centro de Especialidades Clínicas (Policlínicas) e Odontológicas - CEO, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), laboratórios e Unidades de Pronto Atendimento – UPAS (CEARÁ, 2019)

Diretrizes de organização das Regiões

– Organização da atenção primária em cada município, cuja estratégia é o Programa de Saúde da Família – PSF e os Hospitais de Pequeno Porte – HPP.

– Organização da atenção secundária, ou seja, dos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade, pactuados entre o Estado e o conjunto de municípios, considerando a otimização dos recursos e a resolutividade, para a garantia do atendimento à população da região. Por exemplo, os Hospitais-polo; Centros de Especialidades Odontológicas Regionais – CEO's Regionais; Centros de Atenção Psico-sociais – CAPS; Laboratórios Regionais de Saúde Pública; Policlínicas, Unidades de Pronto Atendimento – UPAS.

Ofertarão prioritariamente as especialidades básicas de pediatria, ginecologia e obstetrícia, traumatologia-ortopedia, clínica médica, cirurgia geral, com serviços de urgência emergência 24 horas, e ambulatório de psiquiatria, odontologia especializada, otorrinolaringologia, oftalmologia, mastologia, cardiologia, gastroenterologia, urologia, neurologia, angiologia e endocrinologia. (CEARÁ, 2019)

Figura 41: Equipamentos de saúde por região



Fonte: Anuário do Ceará, 2019

Alguns aspectos na gestão regional da saúde merecem mais esclarecimento. O primeiro é que cada regional de saúde tem sua Comissão Intergestores Regional CIR e por meio dela negocia a prestação, financiamento e remuneração das ações e serviços de saúde no seu âmbito por meio do instrumento da pactuação. O segundo diz respeito à forma democrática de participação e controle popular no planejamento e gestão das ações. Cada cidade estabelece seu Conselho Municipal de Saúde composto de forma paritária por membros da gestão, dos prestadores de serviços de saúde e dos usuários do sistema de saúde. Os Fóruns Regionais de Conselheiros de Saúde são então estabelecidos para discutir aplicação de recursos e planejamento de forma articulada com o Ministério Público, prezando pela transparência na defesa dos interesses da coletividade (CEARÁ, 2019). Outras instâncias envolvidas são a Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental, Controle de Endemias e, Assistência Farmacêutica e Sistema de Informações em Saúde fechando assim a construção das redes de atenção à saúde em níveis de complexidade crescente, onde por meio do princípio da gestão compartilhada e solidária entes governamentais de maior capacidade financeira auxiliam os de menor capacidade através da confecção dos consórcios de saúde. Apenas desta forma municípios e regiões mais carentes podem garantir a integralidade das ações a seus cidadãos. Estas ações se dão no campo da assistência à saúde bem como na educação na saúde (CEARÁ, 2019).

A regionalização da Saúde do Ceará está representada por 22 regiões de saúde e 5 macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral, Sertão Central, Litoral Leste/Jaguaribe e Cariri), onde se estrutura o Sistema Estadual de Saúde. (CEARÁ, 2019). Uma das principais políticas no sentido da consolidação das Macrorregionais de Saúde é a construção de Hospitais Regionais no interior do estado em cada cidade polo. Juazeiro do Norte foi a primeira a receber um destes equipamentos em 2011. Em seguida foram construídos Hospital Regional do Norte em Sobral (2013), Hospital Regional do Sertão Central em Quixeramobim (2015) e o Hospital Regional do Vale do Jaguaribe em Limoeiro do Norte, onde as obras ainda não foram concluídas. A proposta dos Hospitais Regionais é dotar as Macrorregiões de soluções em alta complexidade reduzindo ao mínimo a necessidade de remoção de pacientes para a Região Metropolitana de Fortaleza – RMF (CEARÁ, 2019; FERNANDES, 2019).

Figura 42: Macrorregiões de Saúde no Ceará e Hospitais Regionais em Funcionamento em 2018



Na assistência em saúde a região do Cariri extrapolou sua área de referência político-administrativa e se constituiu pelo Plano Diretor de Regionalização como Macrorregional Cariri/Centro Sul, um conjunto de cinco Microrregiões de Saúde, perfazendo um total de 45 municípios, tendo como centro polarizador regional o aglomerado urbano conhecido como CRAJUBAR, formado pelas cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha (FERNANDES, 2019). Fernandes (2019) registra:

No contexto da rede urbana cearense, estas três cidades formam a maior aglomeração urbana fora da Região Metropolitana de Fortaleza, exercendo forte influência para um conjunto de municípios no interior do estado e de posição destacada na escala dos sertões centrais do Nordeste (FERNANDES, 2019)

O aglomerado populacional conscrito à Macrorregião do Cariri/Centro Sul chega a quase 1.5 milhão de habitantes (FERNANDES, 2019).

Tabela 37: Macrorregião Cariri/Centro Sul e suas Microrregiões com população estimada para 2018

Microrregiões/ Cidades polo	Municípios	População por município	População da Microrregião
Icó	Icó	67.972	166.444
	Lavras da Mangabeira	31.584	
	Cedro	25.249	
	Ipaumirim	12.439	
	Orós	21.471	
	Umari	7.729	
Iguatu	Iguatu	103.255	305.910
	Acopiara	53.931	
	Mombaça	44.060	
	Jucás	24.773	
	Catarina	20.562	
	Dep. Irapuan Pinheiro	9.585	
	Cariús	18.950	
	Quixelô	14.986	
	Saboeiro	15.808	
	Brejo Santo	Brejo Santo	
Mauriti		46.854	
Milagres		28.466	
Aurora		24.699	
Barro		22.593	
Jati		7.902	
Penaforte		9.010	
Porteiras		15.047	
Crato		Crato	131.372
	Várzea Alegre	40.704	
Icó	Icó	67.972	166.444
	Lavras da Mangabeira	31.584	
	Cedro	25.249	
	Ipaumirim	12.439	
	Orós	21.471	
	Umari	7.729	
Iguatu	Iguatu	103.255	305.910
	Acopiara	53.931	
	Mombaça	44.060	
	Jucás	24.773	
	Catarina	20.562	
	Dep. Irapuan Pinheiro	9.585	
	Cariús	18.950	
	Quixelô	14.986	
	Saboeiro	15.808	
	Brejo Santo	Brejo Santo	
Mauriti		46.854	
Milagres		28.466	
Aurora		24.699	
Barro		22.593	
Jati		7.902	
Penaforte		9.010	
Porteiras		15.047	
Crato		Crato	131.372
	Várzea Alegre	40.704	

Fonte: Fernandes, 2019.

Há de se ponderar, entretanto, a heterogeneidade dos municípios em relação a um dos principais indicadores da atenção primária à saúde: a cobertura pela Estratégia de Saúde da Família- ESF, considerada pelo menos uma equipe para cada 3,450 habitantes e os dados populacionais segundo o IBGE em 2016. Segundo os dados do Sistema de Informações de Saúde da Atenção Básica – SISAB, enquanto as regionais de Crato e Juazeiro do Norte contam com cobertura maior que 95% e 96% respectivamente (CEARÁ, 2019). O Cariri, porém,

registra 87,6% de cobertura na média, demonstrando uma fragilidade advinda da maioria dos municípios de pequeno porte (IPECE, 2018; CEARÁ, 2019).

Os dados do IPECE (2018) mostram uma evolução na captação de recursos humanos nos últimos anos na região do Cariri. A capacidade instalada em saúde e a oferta de leitos contudo acompanha a tendência nacional de redução (EBC, 2018).

Levantamento divulgado hoje (23) pela Confederação Nacional dos Municípios (CNM) aponta que o Brasil perdeu, nos últimos dez anos, mais de 41 mil leitos hospitalares no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2008, o total de leitos na rede pública era de 344.573. Em 2018, o total chegava a 303.185. (EBC, 2018)

É preciso também levar em conta que no Brasil, mesmo com o aumento na oferta de leitos não SUS, o sistema de saúde brasileiro guarda a tendência de maior investimento nos serviços ambulatoriais e tecnologias que permitem desinstalação de leitos de mais baixa complexidade (EBC, 2018).

Já os leitos classificados como não SUS aumentaram de 116.083 em 2008 para 134.380 este ano. De forma geral, portanto, o sistema de saúde brasileiro passou de 460.656 leitos em 2008 para 437.565 em 2018, totalizando 23.091 leitos a menos – o equivalente a seis leitos fechados por dia durante um período de dez anos. [...] A redução de leitos de internação segue tendência mundial de desospitalização – com os avanços tecnológicos, tratamentos que exigiam internação passaram a ser feitos no âmbito ambulatorial e domiciliar, com ampliação da atenção básica e de ações de prevenção e promoção. Dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) apontam que o Reino Unido e Canadá, países que servem como referência para o SUS, apresentaram quedas de leitos hospitalares de 26% e 20,5%, respectivamente. (EBC, 2018)

Na região do Cariri, de 2011 a 2016 houve um incremento na oferta de profissionais médicos, enfermeiros e dentistas. Quando analisada a oferta de profissionais por grupo de 1.000 habitantes percebe-se um destaque para a profissão médica, aumentando de 1,22 profissional para 1,59. O número de unidades de saúde permaneceu estável neste período. Já o balanço entre fechamento e abertura de leitos mostrou uma menor oferta. (CEARÁ, 2019).

Tabela 38: Evolução da oferta de profissionais ligados ao SUS de 2011 a 2016 apenas na região do Cariri

<i>Perfil das Regiões de Planejamento</i>		REGIÃO DO CARIRI				
2.2 – SAÚDE		Profissionais de saúde ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS), segundo a Região do Cariri – 2011/2016				
Região de Planejamento	Profissionais de saúde ligados ao SUS				Crescimento nominal (%) (2011/2016)	
	2011		2016			
	N°	%	N°	%		
Total	7.271	100,00	8.380	100,00	15,25	
Médicos	1.185	16,30	1.611	19,22	35,95	
Dentistas	410	5,64	448	5,35	9,27	
Enfermeiros	626	8,61	849	10,13	35,62	
Outros profissionais de saúde/nível superior	591	8,13	770	9,19	30,29	
Agentes comunitários de saúde	2.162	29,73	2.208	26,35	2,13	
Auxiliares, técnicos e outros	2.297	31,59	2.494	29,76	8,58	

Fonte: Secretaria da Saúde (SESA).

Nota: Profissionais de saúde cadastrados em unidades de entidades públicas e privadas.

Fonte: IPECE, 2018 in: CEARÁ, 2019

Tabela 39: Oferta de médicos, enfermeiros e dentistas por grupo de 1.000 habitantes, de 2011 a 2016

Região de Planejamento	Médicos, enfermeiros e dentistas por mil habitantes, segundo os municípios da Região – 2011/2016					
	Médicos (por mil hab.)		Enfermeiros (por mil hab.)		Dentistas (por mil hab.)	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Cariri	1,22	1,59	0,65	0,84	0,42	0,44
Abaíara	0,66	0,95	0,75	0,69	0,84	0,95
Altaneira	0,72	1,74	0,43	0,40	0,43	0,40
Antonina do Norte	0,85	0,55	0,57	0,41	...	0,14
Araripe	0,53	0,70	0,48	0,56	0,39	0,37
Assaré	0,62	0,65	0,62	0,69	0,27	0,17
Aurora	1,10	1,22	0,49	0,78	0,24	0,57
Barbalha	4,61	6,72	1,18	1,45	0,63	0,57
Barro	0,60	0,94	0,55	0,58	0,46	0,40
Brejo Santo	1,44	2,27	0,57	1,13	0,63	0,98
Campos Sales	0,30	1,14	0,49	0,74	0,08	0,11
Caririçu	0,64	0,74	0,68	0,74	0,57	0,52
Crato	1,35	1,61	0,71	0,94	0,41	0,53
Farias Brito	0,85	1,07	0,74	1,07	0,53	0,64
Granjeiro	0,87	0,68	1,31	0,90	1,31	0,90
Jardim	0,94	0,59	0,71	0,74	0,52	0,37
Jati	0,78	0,89	0,91	0,64	0,91	1,15
Juazeiro do Norte	1,35	1,62	0,63	0,84	0,37	0,32
Lavras da Mangabeira	0,61	0,61	0,55	0,41	0,29	0,29
Mauriti	0,70	0,69	0,40	0,64	0,31	0,09
Milagres	0,81	0,78	0,67	0,67	0,39	0,57
Missão Velha	0,84	1,04	0,52	0,73	0,52	0,48
Nova Olinda	0,76	0,65	0,76	0,78	0,42	0,65
Penaforte	0,72	1,56	0,36	0,89	0,96	1,00
Porteiras	0,93	1,34	0,73	0,74	0,60	0,74
Potengi	0,39	0,82	0,68	0,64	0,29	0,18
Salitre	0,64	0,61	0,64	0,92	0,39	0,43
Santana do Cariri	0,58	0,80	0,70	0,86	0,70	0,57
Tarrafas	0,34	1,02	0,45	0,68	0,45	0,56
Várzea Alegre	0,88	1,21	0,47	0,79	0,18	0,20

Fonte: Secretaria da Saúde (SESA).

Fonte: Anuário Estatístico do Ceará, IPECE – 2017

Tabela 40: Evolução do número de unidades de saúde, leitos e profissionais disponíveis por grupo de mil habitantes pelo SUS de 2011 a 2016.

Região de Planejamento	Indicadores de Saúde					
	Unidades de saúde (por mil hab.)		Leitos (por mil hab.)		Profissionais de saúde (por mil hab.)	
	2011	2016	2011	2016	2011	2016
Cariri	0,67	0,67	2,64	2,16	7,50	8,26
Abaíara	0,56	0,60	-	-	6,57	7,58
Altaneira	1,30	1,07	2,74	2,54	6,91	7,89
Antonina do Norte	0,71	0,69	2,28	2,20	6,13	5,36
Aranipe	0,77	0,65	2,02	2,06	6,89	7,10
Assaré	0,53	0,65	2,04	2,06	7,14	6,49
Aurora	0,61	0,90	3,63	3,63	6,16	8,37
Barbalha	1,04	0,95	6,49	6,64	16,99	18,56
Barro	0,74	0,71	1,39	1,34	6,61	6,51
Brejo Santo	0,72	0,88	4,81	4,48	7,33	11,65
Campos Sales	0,68	0,81	3,12	3,20	4,63	7,61
Cariníçu	0,76	0,67	1,17	1,23	7,42	6,88
Crato	0,58	0,54	4,06	1,52	7,90	8,19
Farias Brito	1,27	1,28	2,27	2,24	8,77	9,78
Granjeiro	1,53	1,58	5,45	5,65	11,77	11,53
Jardim	0,79	0,85	1,12	2,36	7,68	6,83
Jati	1,43	1,53	4,16	4,21	11,83	12,23
Juazeiro do Norte	0,56	0,48	2,23	1,65	6,88	7,47
Lavras da Mangabeira	0,61	0,45	1,45	1,44	6,02	5,62
Mauriti	0,52	0,77	1,62	1,55	5,19	5,46
Milagres	0,64	0,67	1,17	1,17	6,65	6,34
Missão Velha	0,67	0,65	2,09	2,03	5,84	6,66
Nova Olinda	0,55	0,84	1,39	1,30	7,35	7,45
Penaforte	1,20	1,23	1,56	1,45	8,17	9,94
Porteiras	0,73	0,74	1,73	1,47	7,66	8,71
Potengi	0,87	1,01	1,74	1,65	7,24	7,51
Salitre	0,64	0,98	0,90	0,86	7,64	7,72
Santana do Cariri	0,58	0,57	1,10	1,20	6,51	7,20
Tarrafas	0,56	0,56	1,80	1,81	5,85	8,36
Várzea Alegre	0,47	0,47	1,99	1,31	5,89	6,85

Fonte: Secretaria da Saúde (SESA).

Fonte: IPECE, 2017

O aumento da oferta de profissionais de saúde foi capaz neste período de ampliar a capacidade de diagnóstico na região, alimentando de forma mais precisa e robusta os órgãos de saúde. Este fato fora observado considerando-se a Macrorregional Cariri/Centro Sul de 2007 a 2013, bem como nos 29 municípios da região Cariri isoladamente, de 2011 a 2016, mostrando neste último período uma redução de vários dos indicadores (CEARÁ, 2015; CEARÁ, 2018).

Tabela 41: Evolução no diagnóstico de doenças de notificação compulsórias na Macrorregião Cariri/Centro Sul de 2007 a 2013.

Casos confirmados das doenças de notificação compulsória – 2007/2013

Macrorregião de Planejamento	Casos confirmados das doenças de notificação compulsória			
	Cariri/Centro Sul		Estado	
	2007	2013	2007	2013
AIDS	18	45	593	819
Dengue	4.512	2.301	25.026	24.958
Febre tifóide	1	-	28	-
Hanseníase	640	416	2.551	2.077
Hepatite viral	212	71	1.473	491
Leishmaniose tegumentar	138	54	976	529
Leishmaniose Visceral	120	116	698	523
Leptospirose	-	2	58	31
Meningite	22	34	364	439
Raiva	-	-	-	-
Tétano acidental	2	13	23	168
Tuberculose	332	337	3.500	3.521

Fonte: Anuário do Ceará, 2015.

Tabela 42: Evolução no diagnóstico de doenças de notificação compulsórias na região do Cariri de 2011 a 2016.

Casos confirmados das doenças de notificação compulsória, segundo a Região do Cariri – 2011/2016

Discriminação	Casos confirmados das doenças de notificação compulsória		
	2011	2016	Crescimento nominal (%) (2011/2016)
AIDS	12	21	75,00
Dengue	2.264	2.142	-5,39
Febre tifóide	0	0	-
Hanseníase	310	229	-26,13
Hepatite viral	48	18	-62,50
Leishmaniose tegumentar	155	107	-30,97
Leishmaniose Visceral	62	70	12,90
Leptospirose	11	-	-
Meningite	24	1	-95,83
Raiva	0	0	-
Tétano acidental	1	1	-
Tuberculose	254	218	-14,17
Chikungunya	-	1.235	-
Zika	-	5	-

Fonte: Secretaria da Saúde (SESA).

Fonte: Anuário do Ceará, 2018.

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado a região do Cariri evoluiu tanto na redução da mortalidade infantil como na maior taxa de internação por Acidente Vascular Cerebral – AVC, a maior causa de mortalidade em pessoas acima de 40 anos (CEARÁ, 2018).

Tabela 43: Evolução dos indicadores de mortalidade infantil e internações por AVC no Cariri de 2011 a 2016.

Taxa de mortalidade infantil e taxa de internação por AVC acima de 40 anos, segundo os municípios da Região – 2011/2016				
Região de Planejamento	Indicadores de Saúde			
	Taxa de mortalidade infantil por mil nascidos vivos		Taxa de internação por AVC acima de 40 anos por dez mil hab	
	2011	2016	2011	2016
Cariri	17,34	14,46	34,42	39,69
Abaíara	6,71	33,06	3,12	26,22
Altaneira	31,58	-	29,61	71,86
Antonina do Norte	16,81	25,32	20,84	16,17
Araripe	17,54	17,05	32,51	27,87
Assaré	6,83	7,41	46,02	27,24
Aurora	20,06	-	51,97	15,86
Barbalha	14,13	8,87	46,57	42,35
Barro	23,41	19,61	30,77	23,87
Brejo Santo	12,69	20,14	34,94	45,53
Campos Sales	19,75	18,67	35,49	39,98
Caririáçu	8,47	8,29	28,01	55,34
Crato	20,47	14,58	38,70	35,74
Farias Brito	13,25	14,35	38,10	40,40
Granjeiro	13,51	33,33	7,33	61,94
Jardim	17,16	15,56	45,80	47,23
Jati	20,83	14,29	80,65	22,18
Juazeiro do Norte	19,95	15,97	27,40	53,83
Lavras da Mangabeira	11,24	13,07	33,65	19,17
Mauriti	12,73	10,57	33,63	24,52
Milagres	17,11	8,31	38,55	14,51
Missão Velha	17,76	15,81	38,22	46,67
Nova Olinda	21,01	24,29	57,39	25,37
Penaforte	6,02	17,65	29,03	42,49
Porteiras	7,84	29,41	29,81	29,75
Potengi	20,41	-	58,90	54,50
Salitre	31,62	15,87	57,90	39,47
Santana do Cariri	35,24	8,73	20,06	64,23
Tarrafas	...	20,83	3,32	50,73
Várzea Alegre	7,69	10,22	20,86	24,76

Fonte: Secretaria da Saúde (SESA).
Nota: AVC-Acidente Vascular Cerebral.

Fonte: IPECE, 2017 In: CEARÁ, 2018

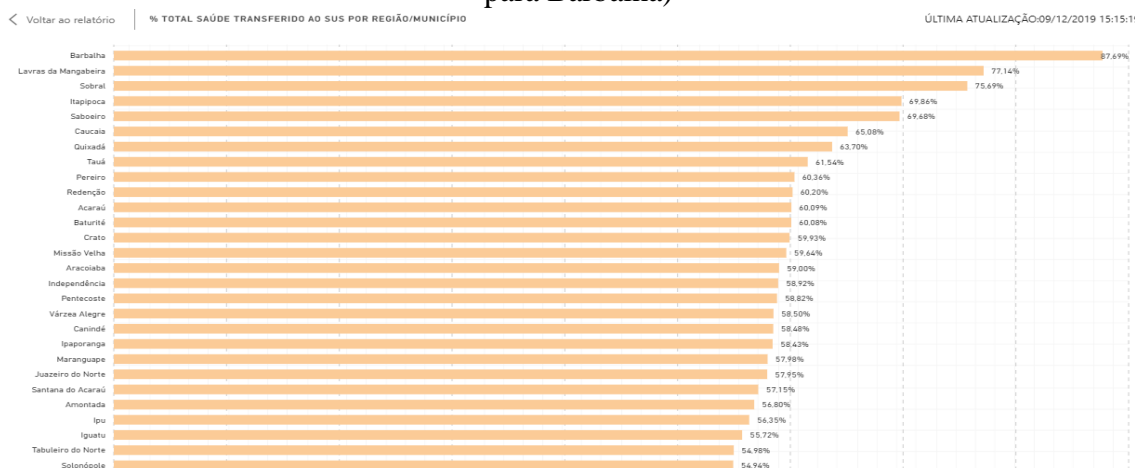
Um olhar mais aproximado deste contexto mostra uma realidade regional complexa marcada pela existência de muitos municípios de pequeno porte e de baixa densidade técnica, sobretudo para a oferta de serviços especializados, neste caso os serviços médico-hospitalares. A Macrorregião Cariri/Centro Sul tem cidades dotadas serviços de média complexidade como Brejo Santo, Icó e Iguatu, que drenam pacientes de vários municípios de menor porte em seu entorno. Contudo, ao constatarem a necessidade de atendimento em alta complexidade findam por debitá-los aos hospitais de grande porte no triângulo CRAJUBAR. No Cariri, apenas 03 cidades, Crato, Juazeiro do Norte e Iguatu, que são consideradas cidades (mais de 100 mil habitantes) (IBGE, 2018; FERNANDES, 2019).

Segundo dados do IPECE, em 2017 a Região Metropolitana do Cariri - RMC já era a segunda mais populosa do estado com 605.518 habitantes. Uma consulta ao banco de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) atesta a centralidade regional do CRAJUBAR na área da saúde da RMC. A conurbação central da RMC concentra 833 estabelecimentos de saúde públicos e privados (Crato com 199, Juazeiro do Norte com 444 e Barbalha com 90) representando 11% do total de estabelecimentos de saúde do estado do Ceará no ano de 2018. Quanto ao total de leitos de internação Crato conta com 538, Juazeiro do Norte com 652 e Barbalha com 431. De fato, as três cidades apresentam as maiores médias estaduais em alguns indicadores na área de saúde. Considerando a média por mil habitantes temos: unidades de saúde (0,62), leitos (2,85) e médicos (2,12), médias superiores a Região Metropolitana de Fortaleza: unidades de saúde (0,20), leitos (2,60) e médicos (1,77); Região Metropolitana de Sobral: unidades de saúde (0,59), leitos (2,62) e médicos (1,56). Quando analisamos separadamente por município Barbalha se destaca no contexto estadual com as maiores médias em relação aos mesmos indicadores, respectivamente 0,97, 7,92 e 7,34 (CEARÁ, 2018; FERNANDES, 2019).

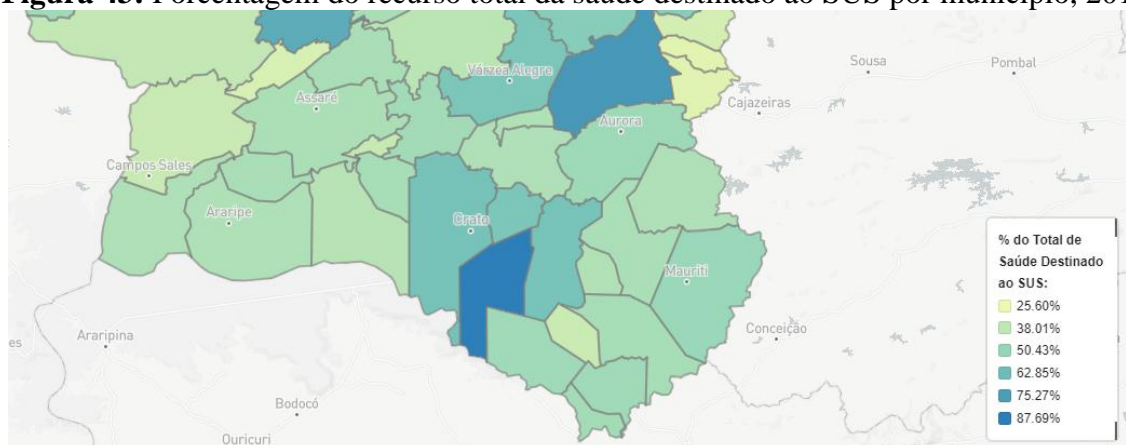
A cidade de Barbalha apesar de contar com menos de 100.000 habitantes, não sendo um grande centro urbano regional, possui forte influência no setor saúde. É possível elencar dados que comprovam um interesse diferenciado neste setor, sobretudo na assistência pública por meio do SUS.

O município de Barbalha, onde está sediado o curso de Medicina da Universidade Federal do Cariri, investe quase 90% (87,69%) nos serviços do SUS, destacando-se do seu entorno (ANUÁRIO DO CEARÁ, 2018).

Gráfico 6: Total de recursos da saúde transferidos ao SUS por município, 2017 (destaque para Barbalha)

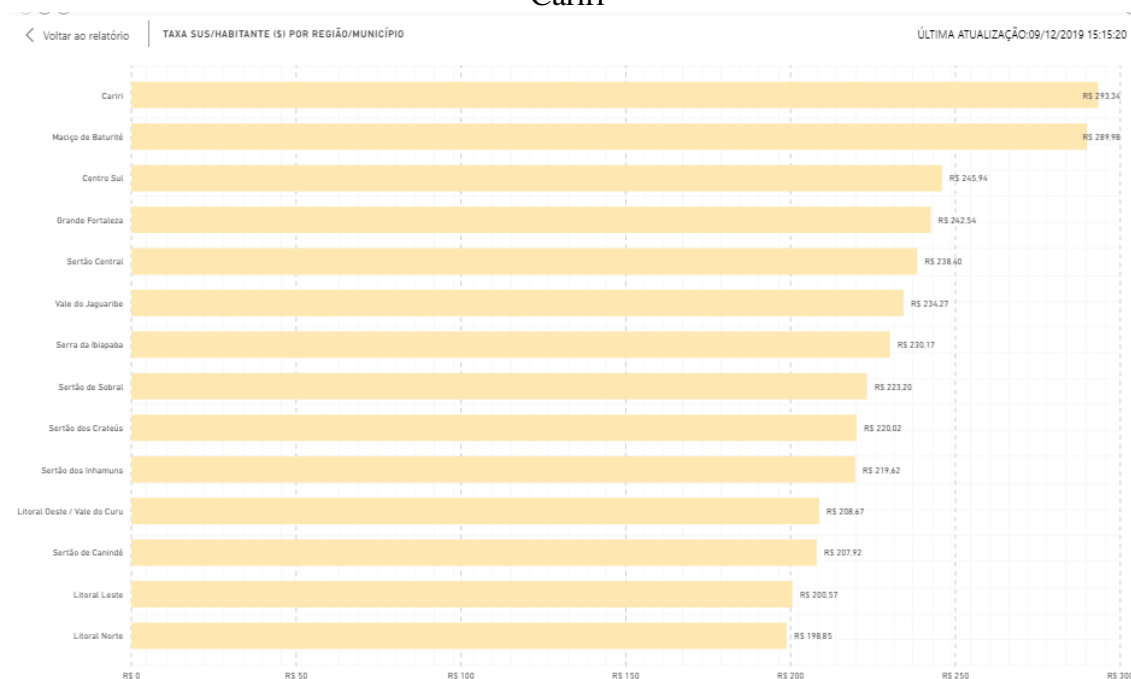


Fonte: Anuário do Ceará, 2018

Figura 43: Porcentagem do recurso total da saúde destinado ao SUS por município, 2017

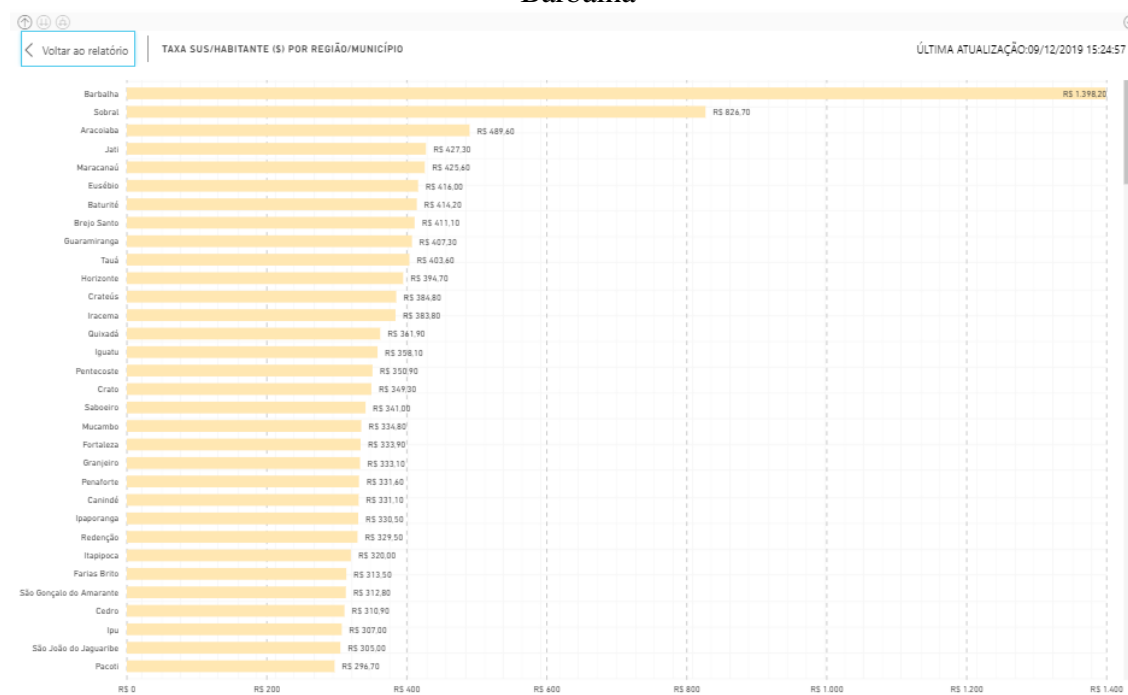
Fonte: Anuário do Ceará, 2018

Em termos reais, enquanto no Cariri em média se investe 293,34 R\$ por habitante/ano pelo SUS, já sendo a maior do estado por regiões, Barbalha investe nada menos que 1.398,20R\$, levando em conta dados de 2018 (ANUÁRIO DO CEARÁ, 2018; IPECE, 2018).

Gráfico 7: Taxa de investimento - SUS /habitante por região (em R\$) – Destaque para o Cariri

Fonte: Anuário do Ceará, 2018

Gráfico 8: Taxa de investimento - SUS /habitante por município (em R\$) – Destaque para Barbalha



Fonte: Anuário do Ceará, 2018

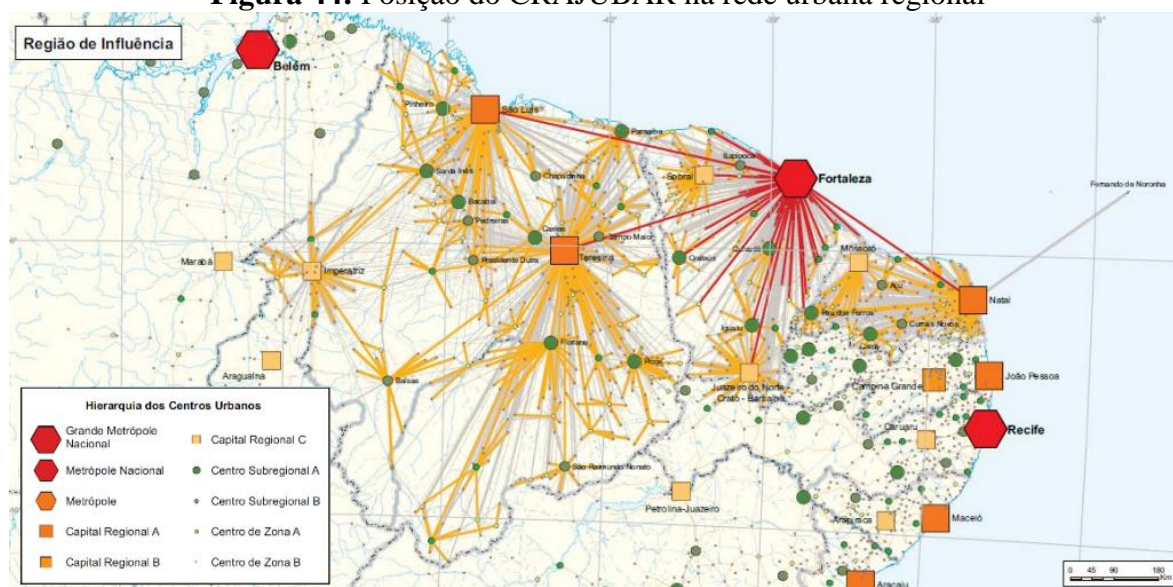
Esta política continuada de investimentos na alta complexidade da assistência fez com que Barbalha figurasse juntamente às cidades de maior porte populacional na área da saúde.

O Plano Diretor de Regionalização da Saúde, como aponta Fernandes (2019) considera como hospitais de referência no Cariri os seguintes estabelecimentos: o Hospital Regional Prefeito Walfrido Monteiro (Icó), o Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira (Iguatu), o Hospital Geral de Brejo Santo (Brejo Santo), a Casa de Saúde São Raimundo Nonato (Várzea Alegre), o Hospital São Raimundo (Crato), o Hospital São Lucas (Juazeiro do Norte), o Hospital Maternidade Santo Antônio (Barbalha) e o Hospital do Coração do Cariri (Barbalha), além dos três principais hospitais em volume de atendimentos, o Hospital Regional do Cariri, o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo e o Hospital e Maternidade São Francisco, os quais destacamos a seguir.

Analisando as internações hospitalares e a origem dos pacientes no ano de 2018 os três maiores e mais influentes hospitais do Cariri são: o Hospital Regional do Cariri (Juazeiro do Norte), o Hospital São Vicente de Paulo (Barbalha) e o Hospital São Francisco (Crato). Estas unidades hospitalares foram responsáveis por 57% das internações realizadas na Macrorregião de Saúde do Cariri entre os estabelecimentos públicos e privados. Ainda, o registro de atendimentos mostra que a influência da região, representada nestes três hospitais ultrapassa as fronteiras estaduais (FERNANDES, 2019).

Como anteriormente dito, as cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, que são centros conurbados, formam a maior aglomeração urbana do estado do Ceará fora da Região Metropolitana de Fortaleza (RMF), exercendo forte influência para um conjunto de municípios do sul cearense e de estados vizinhos. Um estudo realizado pelo IBGE ainda em 2007 já destacava o Cariri na Região Nordeste. Segundo o mapa de Região de Influência das Cidades (REGIC), construído por meio deste estudo, o CRAJUBAR seria definido como Capital Regional C, com grande influência nos dos sertões centrais do Nordeste. No âmbito da oferta em serviços de saúde o triângulo CRAJUBAR se constituiria num centro de quarto nível na hierarquia urbana brasileira, podendo ser comparado ao lado de centros como Mossoró-RN, Feira de Santana-BA, Arapiraca-SE e Caruaru-PE (FERNANDES, 2019).

Figura 44: Posição do CRAJUBAR na rede urbana regional



Fonte: Fernandes (2019) In: IBGE – Regiões de Influência das Cidades (2007)

O Hospital Regional do Cariri, de administração estadual, possui a maior cobertura espacial na rede de referência em alta complexidade. Em 2018 foram atendidos pacientes de 62 municípios em seus 234 leitos disponíveis, uma área consideravelmente maior do que os 45 municípios inicialmente propostos. Apesar de a maioria dos atendimentos serem da cidade de Juazeiro do Norte, por sua maior população e mais fácil acesso, observou-se que 30% dos municípios cearenses aparecem em seus registros, além de alguns municípios situados no interior dos estados da Paraíba e de Pernambuco. O Hospital Regional do Cariri é considerado a maior unidade hospitalar do interior do Ceará e também do interior do Nordeste, levando-se em conta os equipamentos médicos e a equipe profissional (atualmente conta com 476 profissionais).

O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo em Barbalha constitui o segundo lugar entre os hospitais da região. Este hospital filantrópico administrado pela Ordem Beneditina, com seus 150 leitos, dos quais 70% são atendidos pelo SUS, foi responsável pelo atendimento de pessoas de 48 cidades, sozinho ultrapassando a área de influência de 45 municípios proposta pelo Plano Diretor de Regionalização. A maioria dos usuários são do interior cearense, mas possui também influência em relação a alguns municípios da Paraíba, de Pernambuco e do Piauí.

Outro hospital especializado que merece destaque na região é o Hospital Maternidade São Francisco em Crato. É o hospital de referência mais antigo do Cariri, atualmente gerido pela Sociedade São Camilo. O hospital também filantrópico conta com 189 leitos, sendo 117 vinculados ao SUS. Em 2018 atendeu uma demanda de pacientes de 43 municípios, e assim como nos casos anteriores ultrapassa os limites estaduais (FERNANDES, 2019). Na tabela seguinte podemos verificar a área de abrangência, inclusive interestadual, de cada um dos três principais hospitais do Cariri segundo Fernandes (2019).

Tabela 44: Área de abrangência dos hospitais do CRAJUBAR
Hospital Regional do Cariri – Juazeiro do Norte

Estado de Origem	Quantidade de Cidades	Quantidade de Internações
CE	54	9.585
PB	3	17
PE	5	26
TOTAL	62	9.628

Hospital São Vicente de Paulo Barbalha

Estado de Origem	Quantidade de Cidades	Quantidade de Internações
CE	39	7.065
PB	3	13
PE	5	37
PI	1	7
TOTAL	48	7.122

Hospital São Francisco de Assis Crato

Estado de Origem	Quantidade de Cidades	Quantidade de Internações
CE	36	7.029
PB	1	4
PE	6	43
TOTAL	43	7.076

Fonte: Fernandes 2019

Segundo Fernandes (2019) a análise dos dados da Secretaria de Saúde demonstra fragilidades na assistência à saúde nas pequenas cidades da região, evidenciadas pela escassez de serviços especializados exigindo um maior fluxo de referência para os municípios polo. Para contornar estas dificuldades técnicas seria fundamental a valorização da Atenção Básica à Saúde ampliando grau de resolutividade no intuito de criar fluxos de referência mais justos e

racionais. No sentido contrário, parece haver na média dos pequenos municípios uma política da chamada “ambulancioterapia”, caracterizada pelo deslocamento da clientela entendida como um “problema” (FERNANDES, 2019).

Seria neste contexto que um curso de Medicina público se configuraria não só como ambiente formativo para prestadores de serviços médicos, mas também de fórum de discussões e experimentações no campo da gestão a ser considerado pelo Sistema Único de Saúde. Assim como nos estabelecimentos de saúde se faz cotidianamente o SUS, nas salas de aula também se pensa e se constrói este que é um dos mais democráticos instrumentos de acesso à saúde e à qualidade de vida no mundo.

CAPÍTULO III

Trogloditas na caverna. É noite. Lá fora uiva o vento e rugem as feras. Homens, mulheres e crianças agrupam-se em torno da fogueira, cujo clarão ilumina rostos amedrontados. De repente um grito, e um dos homens rola pelo chão, as mãos no ventre, uivando de dor. O que é aquilo? Um demônio que se apossou da pobre criatura? Aterrorizado, o bando recua para a entrada da caverna e ali fica, entre as ameaças da noite escura e o terror inexplicável que agora está presente na sua morada. Alguém se destaca do grupo. Um homem. Cautelosamente, aproxima-se do companheiro. Emite um som gutural, ao que o outro não responde. E então, depois de alguma hesitação, estende uma mão vacilante e palpa cautelosamente aquele ventre. Ele é o médico.

Moacyr Scliar

3. UMA HISTÓRIA DA MEDICINA

A Medicina é parte indissolúvel da história do Cariri. Seja ela como for pensada. Do ramo da ciência tal qual hoje a conhecemos, herança de uma longa história dos povos colonizadores, ao empirismo dos primeiros povos nativos do Cariri, a Medicina é uma só, quando tem o propósito não de lutar contra a morte, mas de mitigar a miséria e o sofrimento do próximo. A Medicina é um produto natural do pensamento humano e tem sua evolução relativamente semelhante em sua origem pulverizada ao redor do mundo. Nasce da empatia e do empirismo, e, a partir daí evolui das formas mais diferentes possíveis. Nos dias atuais, o progresso do pensamento crítico e filosófico convive com avanço das tecnologias de diagnóstico, cura e comunicação. Foi no despertar dessa era que foi implantado o curso de Medicina de Barbalha. Pelo mundo surgem novos cursos de Medicina e antigos cursos são reformulados. Nenhum curso tem história igual a outro. Este trabalho persegue, entre outros objetivos, conhecer a identidade do curso de Medicina da UFCA.

Neste capítulo, tentamos refazer alguns trechos deste caminho.

3.1 MEDICINA: DO INÍCIO A CONTEMPORANEIDADE

Não adianta procurar na história as raízes da Medicina. Talvez quem cave muito profundamente encontra sob as camadas do tempo alguma espécie de rizoma, de teia comum que ligue a arte ou ofício de curar a uma miríade de aspectos culturais próprios de cada tempo e de cada espaço. A Medicina parece ser sempre contextualizada com o seu entorno, como seu *zeitgeist*.

Na aurora dos tempos a Medicina parece ter estado, como em alguns aspectos parece ainda estar associada ao sobrenatural. Quando o ato médico, de fato, era munido apenas da empatia com o doente e da experiência, parecia estar diante de um abismo obscuro, caminhando à sua borda em passos vacilantes, sob a bruma da ignorância e parecendo ser guiado por chamados e visões divinais ou infernais. Não podemos julgar os médicos que atenderam a estes apelos nestas eras de antanho, mas a história ensina que aqueles que nos trouxeram até a Medicina moderna tiveram por fio de Ariadne apenas um capital: o pensamento crítico.

Por muito a Medicina se confundiu com a magia, o xamanismo, as práticas de exorcismo e parecia estar à mercê das dádivas ou das maldições do sobrenatural. Relatos médicos da antiguidade na China, Índia, Egito, Roma, Babilônia e Grécia, mesmo em tempos de cultura e técnicas sofisticadas por vezes resvalava para o sobrenatural sempre que confrontados com o

inexplicável. Esta tentação sempre persegue a Medicina, afinal de contas a sua matéria, sofrimento, dor e agonia, é a mesma dos exorcistas e xamãs (BATISTA, 2015). A história registra de milênios a imbricação entre a Medicina e a religião, inclusive nas abraâmicas até nossos dias (BOTELHO, 2013).

A história registra que o primeiro a questionar contundentemente a vinculação da Medicina com o irracional foi Hipócrates de Kós (460-370 a.C.). O asclepiáde preocupado em descobrir as causas das enfermidades e seus remédios mais eficazes por meio de incansáveis observações foi fruto de uma de uma Grécia livre, onde o pensamento crítico poderia ser não somente exercido, mas difundido. Ele liderou a escola de Kós, promovendo a diferenciação entre a magia, a religião e a Medicina empírica, como registra Nildo Alves Batista (2015) em seu Livro Educação médica no Brasil (BATISTA, 2015). Prescrevia aos aprendizes a dedicação especial ao estudo e ao trabalho como indissociáveis, dentro de um ambiente favorável ao exercício da profissão. Foi um dos primeiros a interessar-se pela anatomia, correlacionar as doenças e epidemias com os fatores ambientais, muitas das quais nos afligem até hoje, descrever seus sinais clínicos, buscar soluções na natureza e alimentação, descrever e registrar observações e experimentos, debate-los, ensiná-los e não menos que isso, comportar tudo isso dentro de uma ética centrada no respeito ao outro e à profissão maior que a si próprio. Hipócrates é considerado no mundo ocidental o pai da Medicina moderna. Seu juramento é lido milhares de vezes por ano por vozes embargadas e esperançosas diante de um mundo profissional a se desvelar (BATISTA, 2015).

O divórcio entre o racional e o sobrenatural não nasceu somente na Grécia (e certamente não apenas na Medicina). Nas escolas médicas das antigas China, Índia, nas *madrassas* árabes da Idade Média e em várias partes do mundo germinavam o ensino livre de modelos de “racionalidade técnico-científica”, como descreve Batista (2015), muito baseado na observação dos resultados de cada prática. Numa época em que o registro escrito e qualificado de tais observações revolucionou o ensino médico permitindo que ele ultrapassasse os muros da escola médica. Contudo, mesmo em nossos tempos os médicos devem estar cientes de alguns sentimentos ainda restantes dessa separação como parte das expectativas de muitos doentes. Sobre tudo porque o acesso a essa “Medicina de ponta” era restrito (BATISTA, 2015).

O refinamento da prática médica também encontrou no solo árabe condições privilegiadas durante a Idade Média. O estudo contínuo e consistente e as detalhadas observações dos pacientes contribuíram para elaborações de manuais que marcariam o exercício da Medicina oriental e ocidental. Esses avanços, entretanto, foram direcionados para uma elite dominante, restando aos doentes desprivilegiados da cidade e do campo a ação de curandeiros, charlatães e médicos medíocres. (BATISTA, 2015, p. 40)

Na Idade Antiga a prática médica aliava-se à escrita nos principais centros da civilização, impulsionando o registro e ensino de suas práticas, primeiros procedimentos e experiências, dando azo à implantação dos primeiros locais, prédios, templos, escolas, dedicados à cura. Assim nasceram os primeiros hospitais, inicialmente no antigo Ceilão (atual Sri Lanka) em 400 a.C., em monastérios, como na Europa em 548 d.C., os primeiros hospitais civis, como o Barnaristan em Damasco, na Síria, em 707 d.C. Na Europa, por volta de 800 d.C., o ensino médico laico formava separadamente médicos e cirurgiões, 288 anos antes da criação da Universidade de Bolonha, em 1088 d.C., onde se deu a primeira autópsia do mundo ocidental. No mundo cristão, apenas em 1.200 d.C. os hospitais saíram do controle eclesiástico para passar à jurisdição secular, precedido por diversas normas canônicas que retiravam dos clérigos o direito de exercer atividades médicas e cirúrgicas. Enquanto desde 1.100 d.C. os hospitais árabes dispunham de médicos civis, homens e mulheres, obrigatoriamente diplomados desde édito do califa Al-Muqtadir em 932 d.C. (VIEIRA, 2018).

De fato, durante parte da Idade Média, enquanto na maioria da Europa mergulhou-se no obscurantismo, a Medicina de base helenística, sobretudo de tradição hipocrática e galênica ficou guardada pelos persas e árabes, muitos deles em solo europeu ocupado pelo islã (BOTELHO, 2013). Inclusive, apenas no ano 1.000 d.C. textos de Galeno seriam traduzidos do árabe para o latim, para então serem absorvidos pela Medicina europeia (VIEIRA, 2018). No mesmo ano, Albucassis, considerado pai da cirurgia já publicava o primeiro cânone ilustrado de cirurgia. Assim como no mundo oriental, mesmo com certo atraso a Europa concentrou e elitizou o ensino médico, e de outras áreas do conhecimento, nas universidades. As primeiras universidades europeias surgiram entre os séculos XI e XIII, bem antes do Iluminismo portanto, com as faculdades de Artes, Medicina, Direito e Teologia. A Igreja tinha forte ascendência sobre o ensino, apesar de permitir o livre pensamento e diferentes ideologias, sendo inclusive o latim a língua universitária universal. Oficialmente a primeira instituição de ensino médico neste continente foi a Escola Médica de Salerno, Itália, datada de 1057, seguida de várias outras. Nesta escola médica, o curso já era realizado em dois ciclos, contribuindo para sedimentar o conceito de profissão. Os ensinamentos médicos eram fortemente baseados nas exaustivas observações do “leito do doente”, em reconhecimento à fragilidade e incompletude das classificações teóricas existentes (BATISTA, 2015).

A partir da primeira metade do século XV, com a inauguração do renascentismo e sob forte influência do naturalismo das artes plásticas o corpo humano perde um pouco do sentido de proibição e passa a ser redescoberto pela Medicina, sendo nele buscado a objetividade e exatidão de formas, funções e fenômenos. Durante o período de Renascimento no século XVI,

com o Homem ocupando o fulcro dos interesses científicos, houve grande avanço no estudo da anatomia. Sobretudo sob Vesalius (1514-1564) que restabeleceu a objetividade e o empirismo, apresentando diretamente aos estudantes o trabalho com cadáveres, quando antes dele ainda perdurava a prática galênica (GALENO, 129-200 d.C.) que consistia apenas de leituras teóricas e de observações genéricas auxiliadas por assistentes. Apenas em 1515 permitiu-se aos cirurgiões frequentarem universidades e obterem o grau de médico, deixando para trás a pecha de cirurgiões-barbeiros (VIEIRA, 2018). Em seu tratado de anatomia humana Andreas Vesalius alia arte e ciência, superando as imprecisões de Galeno a partir do corpo animais (BATISTA, 2015).

Ainda no século XVI, a Universidade de Pádua, na Itália, estruturou um corpo de professores doutores em Arte e Medicina, além de um Colégio de Médicos e Filósofos, com o fito de examinar os futuros médicos doutores e conceder licenças profissionais para o exercício de suas atividades. Assim, avançando na qualificação profissional (BATISTA, 2015).

Entrando na Idade Moderna, além dos avanços técnicos e científicos, questões filosóficas e éticas transformariam também a visão sobre o comportamento humano, em que se pese sobre tantos doentes apenas uma mudança de tutela. O filósofo francês, filho de médicos, Michel Foucault, dedicaria parte de seus estudos e reflexões no campo da Medicina e saúde. No texto intitulado Médicos, Juízes e Bruxos no Século XVII, publicado em 1969, Foucault (2016) aborda sob o ponto de vista epistemológico a questão do conhecimento médico. Observava no artigo que seria: “preciso restituir em uma formação social de conjunto o estabelecimento de um ‘saber’, entendido como o espaço das coisas a conhecer, a soma dos conhecimentos efetivos, os instrumentos materiais ou teóricos que o garantem”. E provocava:

[...] tive a ocasião de analisar a maneira como a sociedade europeia dos séculos XVI e XVII havia deslocado e redelineado os limites da loucura: todo um domínio da “desrazão” (que havia dado lugar sobretudo a partilhas sociais, éticas e religiosas) se viu, assim, medicalizado. Gostaria de abordar, aqui, o caso muito particular da bruxaria e da possessão. Classicamente, admite-se tratar-se de casos patológicos que não foram reconhecidos, o que leva a formular duas séries de questões; quais eram essas doenças (paranoia, psicose alucinatória, histeria, neurose obsessiva...) que poderiam ter essa aparência? Como os médicos puderam descobrir a verdade e arrancar esses doentes da ignorância de seus perseguidores? O problema que formulo é inverso: como os personagens dos bruxos ou dos possuídos, perfeitamente integrados nesses mesmos rituais que os excluía e os condenavam, puderam se tornar objetos para uma prática médica que lhes dava outro *status* e os excluía de outro modo? (Foucault, 2016, p 285).

Na Idade Moderna os avanços aprofundaram as observações estáticas do corpo humano em busca das suas minúcias funcionais bem como estabeleceram alianças com os avanços tecnológicos. Marcos científicos como a descrição do sistema circulatório, por William Harvey

(1578-1657), assim como como a utilização do microscópio, por Antonie van Leeuwenhoek (1632-1723), ambos ocorridos no século XVII, impulsionaram a Medicina para lugares mais profundos do conhecimento humano. Neste mergulho nas profundezas do conhecimento, o “leito do doente”, apesar de não perder sua centralidade, dividiu seu foco com ambientes de estudo técnico-científico apartados do enfermo. Neste contexto, o hospital consolidou-se nas palavras de Batista (2015 p. 43) como “locus privilegiado de prática, de ensino e de aprendizagem médico”, conferindo à Medicina o “caráter de conhecimento que busca a cura ou, pelo menos, a minimização do sofrimento, dentro dos cânones da racionalidade, da objetividade e da cientificidade”. Cada vez mais, estariam os “doentes” do corpo ou do comportamento hospitalizados a salvo de interpretações sobrenaturais ou de dogmas religiosos. Começa assim a configurar-se um modelo de ciência médica moderna (BATISTA, 2015; FOUCAULT, 2016).

Contudo, esta configuração limitava a compreensão de saúde a um caráter puramente biológico, levando em conta apenas, ou preferencialmente alterações estruturais em nível celular, portadoras de raízes causais únicas. O nexos causal dominante circunscrito ao nível biológico impunha fronteiras entre o homem e seu contexto social, geográfico, político e ético. Se o divino e o sobrenatural não tinham mais precedência sobre a presença ou ausência de doença no homem, tampouco teriam suas interações com o meio o qual estava imerso. A ciência cartesiana e sua vertente positivista restringiam a Medicina (e outras áreas do conhecimento) à análise de partes, ou fragmentos, derivados de uma ótica preconcebida e enviesada daquilo de uma “normalidade” cunhada por autoridades científicas sem que reveladas nelas suas subjetividades inerentes. A suposta neutralidade é a marca absoluta desta cruzada pelas verdades absolutas, ou respostas universais que conformava a formação médica, e conseqüentemente sua prática. O modelo cartesiano citado por Batista (Apud CAPRA, 1982) é chamado “biomédico”.

O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel do médico é intervir, física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado. (BATISTA, 2015 p. 44)

Foucault (2016) cita Brueys (*Histoire du fanatisme de notre temps*. Paris, 1692; 2ªEd. Utrecht, 1737): “só não conhecendo ‘a máquina do corpo humano’ é que se pode considerar os fenômenos de fanatismo como ‘coisas sobrenaturais’... mas o certo é que em geral não passa” de uma verdadeira doença” e comenta que, doença, na época do internamento tinha seu sentido tomado “pela má fé, pela mentira” (FOUCAULT, 2016).

A arte médica já mais fortemente calcada no método científico cartesiano e nas inovações tecnológicas, juntamente com a emergência da monetarização e de uma burguesia capitalizada impulsionaria segundo Foucault (2016), o surgimento de uma “medicina liberal”, privada, “submetida aos mecanismos de da iniciativa individual e às leis do mercado”. Não seria exato dizer que as relações particulares aí surgiram, mas que foram acentuadas num processo o qual o autor gaulês chama de “dupla face”:

O desenvolvimento de um mercado médico sob a forma de clientela privadas, a extensão da rede de um pessoal que oferece intervenções médicas qualificadas, o crescimento de uma demanda de cuidados por parte de indivíduos e das famílias, a emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame, no diagnóstico, na terapêutica individual, na exaltação explicitamente moral e científica (secretamente econômica) do “colóquio singular”. Em suma, a instalação progressiva da grande Medicina do século XIX não pode ser dissociada da organização, nessa mesma época, de uma política da saúde e da consideração das doenças como problema político e econômico apresentado às coletividades, que devem tentar resolvê-lo no nível de suas decisões de conjunto. (Michel Foucault, 2016, p. 359)

A partir de então a Medicina privada não sairia mais do imaginário da burguesia emergente e também das maiorias populares e proletárias, com acesso mais precário às suas práticas. Segundo Foucault, o traço mais marcante desta “nosopolítica” seria o deslocamento dos problemas de saúde em relação às técnicas assistenciais. Este modelo sofreria críticas e remodelamentos ao longo dos séculos vindouros, como veremos. E acrescenta o autor: “‘Medicina privada’ e ‘Medicina Socializada’ decorrem, em seu apoio recíproco e em sua oposição, de uma estratégia global. Sem dúvida não há sociedade que não empregue certa ‘nosopolítica’”. (FOUCAULT, 2016)

Vigia um ideal de ser humano normal a partir da estabilidade de suas funções orgânicas dentro dos parâmetros assim determinados pela ciência médica. Este modelo, parte em direção a unificação do diverso e criação de uma referência única, tratando como instabilidade quaisquer ideias de particularidades culturais (BATISTA, 2015). Ainda das relações da Medicina com o sobrenatural na tutela dos desvios comportamentais e sob a ótica da Ciência Moderna, Foucault (2016) considera que: “[...] desde o século XVIII uma das grandes funções da Medicina, da Medicina psíquica, psiquiátrica, psicopatológica, neurológica, foi precisamente substituir a religião e reconverter o pecado em doença [...]” (FOUCAULT, 2016).

O paradigma científico então vigente consolidou-se fortemente a partir do século XIX à medida que obtinha êxito em marcos científicos como o desenvolvimento moderno de vacinas por Edward Jenner (1749-1823), em 1796 (ainda no séc. XVIII); da anestesia com éter, pelo dentista William Thomas Green Morton (1819-1868), em 1846; da obtenção de imagens

radiográficas pelo físico Wilhelm Röntgen (1845-1923), em 1895; entre tantos outros avanços (BATISTA, 2015).

Contudo, não se pôde suprimir as contradições destes avanços porquanto contidas na própria dialética dos movimentos e dos processos humanos. O castelo modelar do protótipo de saúde humana rui à despeito de todos os avanços minados pela própria imperfeição do homem. Assim as panaceias de ontem são questionadas pouco mais adiante, conforme surgem defeitos nas vacinas, resistência aos antibióticos, entre outras tantas limitações e frustrações (BATISTA, 2015).

No campo político, o século XX reforçaria o aspecto social da Medicina. Seria precipitado dizer que aí se deu o nascimento de uma Medicina Social. Segundo Foucault (2016), as raízes deste movimento alcançam o século XVIII, quando se dera mais incisivamente o “descolamento” entre a Medicina assistencialista e a Medicina sanitária no ocidente. Por um lado, a emergente burguesia mercantilista impulsionava uma prática mais individual, particular, fortemente calcada na medicalização. Por outro lado, vivia-se o arrefecimento das pandemias mortais, mesmo antes do desenvolvimento dos tratamentos específicos. O próprio autor, em seu comentário, não deixa claro quais fenômenos seriam os responsáveis por esta redução substancial da mortalidade. Cita como possibilidades os fenômenos de adaptação, resistência do microrganismo, enfraquecimento do bacilo, assim como a mudança das condições socioeconômicas e os meios de higiene e isolamento, contando aí as intervenções de higiene e diferentes técnicas terapêuticas da Medicina à época. (Foucault, 2016).

Sabemos que diferentes doenças infecciosas desapareceram do ocidente antes mesmo da introdução da quimioterapia do século XX. A peste, ou o conjunto das doenças ao qual os cronistas, os historiadores e os médicos darão esse nome, apagou-se ao longo dos séculos XVIII e XIX sem que se conheça de fato as razões nem os mecanismos desse fenômeno [...] Outro caso famoso, o da tuberculose. Para 700 doentes que morriam dessa doença em 1812, apenas 350 tinham esse mesmo destino em 1882, quando Koch descobriu o bacilo que o tornou célebre. E, quando em 1945 introduziu-se a quimioterapia, a cifra reduziu-se para 50. (Michel Foucault, 2016. P. 402).

O fato é que, de acordo com Foucault (2016), deu-se um período de mais forte medicalização no século XVIII, baseado em pesquisa médica mais “penetrante e minuciosa” e maior desenvolvimento das instituições de saúde, o fenômeno da hospitalização dado entre os séculos XVIII e XIX. O autor cita que, além das transformações do equipamento hospitalar em si, seu entorno também sofria transformações: “[...] sistema de limpeza e conservação da cidade, vias de transportes, equipamentos coletivos que garantem o funcionamento da vida cotidiana, em particular, no meio urbano” (FOUCAULT, 2016. p.403).

O autor também enumera como interveniente neste processo a integração dos serviços de saúde e do consumo de saúde no desenvolvimento das sociedades privilegiadas, o que chama de Economia da Saúde. De forma que, viu-se ainda no século XVIII, o surgimento de uma “Medicina do Estado”, primeiramente na Alemanha, que desde o século XVII já conectava fortemente o conhecimento científico ao planejamento governamental, o chamado *Staatswissenschaft* ou “Ciência de Estado”, onde as condições de vida da população seriam, assim como os recursos naturais, determinantes para o funcionamento geral da nação (FOUCAULT, 2016). O estado moderno, mercantilista, passava a interessar-se em avaliar seu potencial econômico por meio do conhecimento de sua capacidade de produção e população ativa. Para avaliar a força ativa de sua população, França, Inglaterra e Áustria empreendem as primeiras grandes estatísticas de natalidade e mortalidade, os grandes recenseamentos, iniciados ainda no século XVII. Enquanto estes dois indicadores eram praticamente os únicos interesses destas nações citadas a Alemanha já desenvolvia em 1764 o conceito de *Medizinschepolizei*, ou polícia médica. Seu sistema de observação incluía, além de simplesmente natalidade e mortalidade, dados de morbidade colhidos nos hospitais e pelos médicos. Daí tornou-se imperativa a necessidade de normalização, ou normatização do ensino e da prática médica, que, sob domínio já das universidades, conferiria autorização para o exercício da profissão por meio de diplomas por elas conferidos. A partir dessa época na Alemanha, é formado um corpo de funcionários médicos do Estado, com obrigações específicas quanto à observação, descrição, planejamento e reação aos problemas de saúde coletiva (FOUCAULT, 2016).

Na França avançava nas cidades largos projetos de urbanização, com a transformação dos locais insalubres e dos hábitos danosos à saúde. A medicina urbana na segunda metade do século XVIII ainda era fortemente marcada pelas teorias dos miasmas. A higiene pública e o controle político-científico desse meio, baseado nos conceitos de salubridade ou insalubridade eram a tônica dos *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légale*, porta-voz da Medicina social francesa desde 1829. Já na Inglaterra a partir deste século, esta Medicina Social, tem forte interesse na massa trabalhadora, sobretudo operária, os quais passam a ser objeto da medicalização. Até então os pobres não contavam com números “ameaçadores” nas cidades, ainda desempenhando funções necessárias para o funcionamento dela. Desde após as agitações da Revolução Francesa as camadas populares cresciam em poder político, não apenas na França, mas também na Inglaterra. O acentuado processo de industrialização e formação dos subúrbios insalubres na Inglaterra configurariam o campo ideal para epidemias, como a do cólera, semelhantes às que irromperam na França em 1832. É uma época marcada pela divisão

clara do espaço urbano em áreas ricas e áreas pobres. Os pobres então representariam um perigo sanitário, o que começava a receber a atenção da ciência, como na obra *Health and sickness of town populations* (Saúde e doença das populações da cidade). É desta época que, a partir da “Lei dos Pobres” se estabelece um sistema de assistência médica para controle médico destas populações, submetendo-as obrigatoriamente a diversos controles médicos. Por volta de 1870 John Simon, entre outros fundadores da Medicina Social inglesa influenciou toda uma legislação médica voltada para este fim. Estabelecido o *Health Service* (Serviço de Saúde), subordinado ao *Health Office* (Gabinete da Saúde) em 1875 lança um corpo médico de cerca de mil funcionários do Estado com funções precípuas de: Controle da vacinação (então obrigatória), o registro das epidemias e declaração de *doenças perigosas* e a localização de locais insalubres, os quais seriam destruídos, se necessário. Estas funções levadas a cabo à risca do que prescrevia a lei levaram à violentos “fenômenos de reação e resistência popular, pequenas insurreições antimédicas” (FOUCAULT, 2016). Contudo, logrou-se aí na Inglaterra uma política de Estado voltada para a saúde das massas garantindo, como descreve Foucault (2016) “a assistência médica do pobre, o controle da saúde e da força de trabalho, e, finalmente, o inquérito geral de salubridade pública, protegendo as classes ricas dos maiores perigos”. E continua:

Enquanto o sistema alemão era oneroso, enquanto a Medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem um sistema preciso de poder, o sistema inglês tornou possível a organização de uma Medicina de aspectos e formas diferentes, conforme fosse questão de uma Medicina de assistência, administrativa ou privada, e a instauração de setores bem delimitados que permitiam, ao longo dos últimos anos do século XIX e durante a primeira metade do século XX, a existência de uma enquete médica mais completa. (Michel Foucault, 2016. P. 424).

Mais adiante no século XX, após uma guerra mundial que clamou a vida de mais de 40 milhões de pessoas, o direito à vida ressurgiu agudamente, imbuído de um direito mais complexo e importante, o direito à saúde. Ainda durante a conflagração, em 1942, uma iniciativa inglesa tomava corpo e influenciava outras nações desenvolvidas. Em meio a grandes destruições da II Guerra Mundial, a sociedade se encarregava da “tarefa explícita de garantir aos seus membros não apenas a vida, mas a vida com boa saúde” (FOUCAULT, 2016). Neste contexto, a Grã-Bretanha estabelece o plano Beveridge. Por meio deste plano o Estado se responsabilizava por cuidar da saúde, o que representava essencialmente a “preservação da força física nacional, de sua força de trabalho, de sua capacidade de produção e de sua potência militar” (FOUCAULT, 2016). O direito de se manter o corpo em boa saúde então, torna-se “objeto de ação estatal”, onde o indivíduo de boa saúde também contribui para o “bem estar” e “saúde” de um Estado. Por exemplo, os cuidados de saúde com as crianças, visando sua sobrevivência, garantem, por

sua vez, o trabalho social e a produção. Com este pensamento, questões de limpeza e higiene atingem um status de “moral do corpo” e a saúde é levada mais em conta nos aspectos da macroeconomia do Estado. Ou seja, passa a entrar no planejamento e orçamento da nação (FOUCAULT, 2016).

Uma das funções da política orçamentária da maioria dos países desde o início desse século foi assegurar, valendo-se do sistema de impostos, certa igualização das rendas, quando não de bens. No entanto, essa redistribuição não dependia do imposto, mas do sistema de regulação e da cobertura econômica da saúde das doenças. Garantindo para todos as mesmas possibilidades de receber um tratamento e curar-se, quiseram corrigir parcialmente a desigualdade dos rendimentos. A saúde, a doença e o corpo começam a ter as suas bases de socialização. Ao mesmo tempo, eles se convertem em um instrumento da socialização dos indivíduos. (Michel Foucault, 2016, p 374-6).

A partir de tais conceitos as nações, sobretudo mais desenvolvidas (e pensantes) investiriam de forma mais incisiva na saúde através de estabelecidos organismos internos e internacionais para a segurança e bem-estar de sua população. Como conclui Foucault.

É preciso dar testemunho da mesma modéstia e do mesmo orgulho, e afirmar que a Medicina não deve ser rejeitada nem adotada como tal, que ela faz parte de um sistema histórico, que não é uma ciência pura, que faz parte de um sistema econômico e de um sistema de poder, sendo necessário atualizar seus laços com a economia, o poder e a sociedade, para se determinar em que medida é possível retificar ou aplicar o modelo. (Michel Foucault, p 374-6).

No campo científico tecnológico, o século XX é marcado pela aceleração vertiginosa dos avanços científicos e tecnológicos ao mesmo tempo em que o reconhecimento da multicausalidade dos processos de sofrimento humano provoca relevantes inflexões nas relações da Medicina com a sociedade. As vultosas conquistas médicas e sociais no século XX imbricaram-se na formação e prática médica. Este século deu à humanidade a imunização em massa, prevenindo as epidemias mortais; os antibióticos, o isolamento, determinação e reprodução de estruturas químicas de hormônios como cortisol e insulina, revertendo milenares sentenças de morte; o aprofundamento do diagnóstico in vivo de condições antes só vistas em autópsias por meio do aparecimento da ultrassonografia, tomógrafa computadorizada, ressonância nuclear magnética, cintilografia, Tomografia por Emissão de Pósitrons (PET) e por raios gama; inovação de técnicas laboratoriais de alta sensibilidade, avanços no sentido das cirurgias como transplantes de órgãos, microcirurgias, e mais recentemente a inclusão da robótica; a psicofarmacologia; a engenharia genética, de células-tronco e clonagem; entre outros incontáveis avanços.

A Medicina que impulsiona para cada vez mais distantes as barreiras do conhecimento técnico-científico em sua acepção cartesiana e positivista, ainda no século XX começa a revisitar os conceitos de saúde e doença, trazendo para eles toda a complexidade das relações

humanas, de suas ofertas e possibilidades e de suas demandas. Em várias partes do mundo o mal-estar com os limites do tecnicismo exclusivo incidindo sobre o humano cristalizou-se em documentos. A conferência de Alma-Ata, na então União Soviética, em 1978 repercutiu na VIII conferência de saúde no Brasil, num delicado momento de transição para a democracia, reacendendo discussões mais amplas e transparentes sobre os conceitos de saúde e doença e permitindo a pavimentação para construção de um moderno e inclusivo sistema de saúde. Na época da criação do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir da ampla discussão constituinte e implantada na carta magna brasileira de 1988, profundas discussões éticas e humanistas também haviam sido cristalizadas num documento canadense fruto de uma conferência internacional, a carta de Ottawa, em 1986. O conjunto dessas reflexões entendia a saúde como um bem universal, inalienável e que deveria ser promovido pelos estados, não apenas corrigido. (ALMA-ATA, 1978; VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986; CARTA DE OTTAWA, 1986). O ensino médico atualmente exige o repensar de métodos, processos, procedimentos e práticas da vida e produção humana. A perspectiva de promoção da saúde articula fortemente o fator educação em diálogo com a tecnologia. Um diálogo que apesar de eventualmente tenso e contraditório, é o único meio de entender que o conhecimento tecnológico não nos torna imunes ao sofrimento humano, e por vezes até promotor da miséria humana, haja vista a participação de médicos em genocídios e outras violações dos direitos humanos. (BATISTA, 2015).

Assim, a construção do SUS se deu, e ainda se dá, como uma amálgama de várias experiências e sistemas internacionais. A constituição do SUS percebe-se não num ambiente de superação absoluta do modelo cartesiano e positivista, mas na reflexão de um fazer médico promotor da saúde da coletividade, universal, integral e igualitário. O ensino médico tem grande interesse nessa construção, sobretudo na implantação e manutenção de escolas públicas que se entendam como construções sociais voltadas também para uma prática social. Também ao ensino médico toca o dever de cumprir Constituição da República Federativa do Brasil, como consta do Título VIII, Da Ordem Social, Capítulo II, Da Seguridade Social, Seção II, Da Saúde, em seu Artigo 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (SENADO FEDERAL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 2020)

3.2 UMA TRAJETÓRIA DO ENSINO MÉDICO BRASILEIRO ATÉ O CARIRI.

Não se sabe ao certo quando teve início e como se desenvolveu no Brasil e, decerto no Cariri, o ensino das práticas de cura entre os povos nativos. As figuras dos pajés, autoridades morais e conhecedoras das culturas ancestrais do seu povo, transmitiam de forma oral seu conhecimento, tornando fácil ao elemento colonizador sobrepuja-lo e muitas vezes até apropriar-se dele. É certo que nas tribos autóctones a função de cura e manipulação de substâncias e procedimentos era precedido de treinamento cuidadoso e envolvimento de grande responsabilidade, como consta na obra *Educação médica no Brasil* (BATISTA, 2015).

A partir de 1500, a chegada dos portugueses iniciou-se um processo de colonização caracterizado pela incorporação de outros elementos étnicos na terra, não necessariamente lusitanos, mas europeus ibéricos, também de ascendência judia e moura, além de africanos posteriormente. Na frota cabralina, vinha embarcado João Menelau, o primeiro médico diplomado a ver terras brasileiras. O mestre João, além de bacharel em Medicina e cirurgião de Dom Manuel, Rei de Portugal era astrônomo, na melhor tradição polivalente da Idade Média. J. Flávio Vieira (2018) considera que, na pior das hipóteses, o físico real encontraria uma Medicina indígena desenvolvendo-se há pelo menos 12.000 anos. O Mestre João pisaria na *Terra Brasilis* apenas em 27 de abril de 1500, para medir a posição dos astros e refazer alguns cálculos astronômicos para, ao cabo de poucos dias, rumar em direção às Índias Orientais. A Medicina jesuítica também vinha embarcada junto com o padre franciscano Henrique Soares de Coimbra. Também uma Medicina popular poderia ser representada nos 1.200 tripulantes da frota, entre pilotos, marinheiros, militares, comerciantes, carpinteiros, entre outros. Essa Medicina de matriz ocidental, embebida de conhecimentos das tradições antigas (chinesa, indiana, egípcia, suméria, judaica, árabe e principalmente greco-romana) seria somada aos conhecimentos de matriz africana subsaariana posteriormente. A natureza brasileira seria um livro pródigo a instruir continuamente a todos aqueles que, dotados de algum método e perseverança, buscassem seus conhecimentos. Até os dias presentes a Medicina popular está presente não só no imaginário, como também as práticas com uma ou outra modificação ainda são repetidas. No Cariri é vasto o cabedal de benzeduras, imprecções, sangrias por sanguessugas, ventosas, fumigações, garrafadas de bebidas preparadas com raízes e álcool, dietas e resguardos especiais, sopros, rezas, simpatias e até autoflagelação (VIEIRA, 2018).

Durante muito tempo não haveria conciliação entre Medicinas tão diferentes. A vinda de europeus às américas traria, entre outros males, doenças infecciosas mal compreendidas até por eles próprios. Na ilha de São Domingos, em 1518, desembarcou a varíola. O primeiro

hospital das américas, fundado no México em 1524 por Cortez não impediria em 1530 a mortandade de milhares de Astecas por sarampo. No Brasil não seria tão diferente (VIEIRA, 2018).

Num período futuro, atravessando o final do império e depois na república, novos migrantes europeus de origem mais diversa, além de orientais, trariam elementos de suas tradições e ajudariam a entornar esse *cadinho* cultural e étnico com repercussões no conhecimento empírico sobre a saúde. Contudo, aqui nos detemos neste período inicial em que nos dois primeiros séculos do descobrimento havia praticamente um monopólio jesuítico da educação brasileira. A Companhia de Jesus, fundada por Ignácio de Loyola, com rígida disciplina, desembarcaria no Brasil em 1549, trazendo sua experiência em tratamentos embasados na Medicina europeia (VIEIRA, 2018). Os hospitais no Brasil voltavam-se exclusivamente ao atendimento dos colonizadores, como o primeiro em Olinda, uma Santa Casa fundada em 1540 e outra em Santos, fundada em 1543. De 1540 a 1570 os colonizadores promoveriam o auge da servidão dos nativos em seus diversos empreendimentos, sendo que em 1552, ainda durante o primeiro Governo Geral do Brasil por Tomé de Souza, o jesuíta Manoel da Nóbrega em carta ao padre Miguel de Torres, lança diretrizes a partir das quais seriam iniciados aldeamentos de índios (reduções e descimentos) (RIBEIRO, 2009; VIEIRA, 2018). Durante este período os missionários da Ordem de Jesus articularam seus saberes eruditos previamente adquiridos na Europa com aqueles obtidos “da observação, da imitação, da experimentação e da descrição das práticas” dos povos indígenas e africanos, segundo Batista (2015). Ainda na mesma época, em 1550, o Brasil recebeu médicos judeus, uma parte da diáspora ibérica com o endurecimento da Santa Inquisição. No mesmo ano irrompia a primeira grande epidemia de gripe no país, seguindo-se em 1553, no governo de Duarte de Souza, epidemia de varíola, matando mais de 30.000 índios. Mais gripes e epidemias continuariam a flagelar a população nativa e ainda com auxílio da “Guerra Justa”, promulgada pelo rei português. Em 1578, Padre Anchieta assume o cargo de Provincial dos jesuítas no Brasil, reforçando a política da Companhia sobre a educação e a catequização dos índios. Num período histórico marcado pela União Ibérica e chegada do Santo Ofício nas terras brasileiras, os jesuítas publicam o *Ratio Studiorum*, limitando a divulgação científica nas escolas. Entrementes, os jesuítas não apenas executavam os conhecimentos colhidos na terra, mas principalmente por incorporavam-nos aos compêndios médicos, contribuindo assim para a história da Medicina e do ensino médico (BATISTA, 2015; VIEIRA, 2018). O século XVII no Nordeste brasileiro seria marcado por fortes resistências à colonização nos sertões mais profundos do Ceará. Além da primeira grande seca, de 1605 a 1607, registrada entre as duas

tentativas fracassadas de colonização por Pero Coelho, em 1603 e pelos inicianos Francisco Pinto e Luiz Filgueiras, em 1606. Apenas em 1611, o Ceará iniciaria sua colonização por Martim Soares Moreno, já vigendo a lei da “Guerra Justa”. O Nordeste seria ainda assolado pelas invasões francesa e holandesa. O Ceará seria sucessivamente anexado ao Maranhão, em 1621 e ao Pernambuco em 1656. Instalados do Pernambuco ao Ceará desde 1637, os holandeses recebem no ano seguinte Guilherme Piso, compatriota médico e naturalista. Neste interregno, durante o governo de Maurício de Nassau e no ano de seu regresso à Europa, os holandeses já haviam criado em Pernambuco o primeiro Hospital Militar do país em 1645. Em 1648, dez anos depois de sua chegada, o naturalista batavo publicaria em latim, a língua científica oficial, o primeiro livro escrito sobre o país: “História Natural do Brasil”. No mesmo ano se iniciaria a sangrenta campanha da restauração, que fundaria o exército brasileiro e devolveria aos portugueses o domínio da terra em 1654. No mesmo ano assume o comando do Ceará o Capitão-Mor Álvaro de Azevedo Barreto, quando em 1656 desliga-se o Ceará do Maranhão restando subordinado ao Pernambuco (VIEIRA, 2018). Nos anos de 1666 e 1667, um surto de sarampo surgiria no Pernambuco e se espalharia por praticamente todas as capitanias quando, em 1671, Simão Pinheiro Mourão, médico judeu português lá se estabelece. Algum tempo depois publica o “Tratado Único das Bexigas e Sarampos”. Outras epidemias, como febre amarela na Bahia e Pernambuco mereceram descrições por Miguel Dias Pimenta em “Notícias do que é o Achaque do Bicho” em 1685, que em 1710 seria publicado. Ainda em 1690, chegaria ao Recife o médico João Ferreira Rosa, que institui a primeira campanha sanitária do Novo Continente e em 1695 publicaria “O Tratado Único da Constituição Pestilencial de Pernambuco”, segundo livro de Medicina em vernáculo publicado no Brasil. Em 1691, chega em visita ao Brasil o prestigiado médico português Curvo Samedo. Junto com ele se instala o primeiro médico no Ceará, Francisco Coelho de Lemos, durante o primeiro surto de Sarampo na capitania cuja população branca contava com pouco mais de 200 habitantes (VIEIRA, 2018).

A partir de 1670, após o primeiro e desfavorável contato dos colonizadores com os povos nativos do sertão, deu-se a Confederação dos Cariris, que se arrastaria até 1720. Já em 1699, é criada a primeira Vila no Ceará: São José de Ribamar de Aquiraz. Três anos após, em 1702 é concedida data a Antônio Mendes Lobato, dando início a colonização do território do Cariri cearense. Os primeiros colonos chegaram à região pela rota do Sertão de Dentro, subindo pelo rio São Francisco, vindos a patrocínio da Casa da Torre de Dias Dávila do Bahia, Sergipe, Alagoas e Pernambuco. Algumas diferenças marcaram este início de colonização. Ao contrário do resto da capitania, onde predominava a pecuária vacum, equina e caprina, o Cariri desenvolveu engenhos de açúcar e mineração, juntando ao elemento luso (predominantemente

do recôncavo baiano e do Recife) o elemento africano. Além disto, enquanto no restante do litoral ao norte, enquanto predominavam os jesuítas, as primeiras missões catequistas, vindas do Pernambuco em 1721, eram de frades capuchinhos. Entretanto, apenas em 1730 se iniciaria efetivamente a catequese de índios no Cariri e em 1748 seria criada a Freguesia dos Cariris Novos de Missão Velha (CORTEZ, 2013; VIEIRA, 2018).

A colônia brasileira fervilhava de mazelas trazidas pelos povos estrangeiros. Sarampo e varíola dizimavam índios aos milhares, que também eram abatidos pela filariose, febre amarela, parasitoses e outras doenças infectocontagiosas trazidas pelos africanos escravizados (BATISTA, 2015). Até então o médico no Brasil, também conhecido como médico farmacêutico, formava-se em escolas e hospitais ibéricos, de ensino fortemente fundamentado em textos latinizados de helenos como Hipócrates (460-370 a.C.) e Galeno (1229-199 a.C.), da antiguidade, portanto, ou de autores árabes, como Avicena (980-1037) e Averróis (1126-1198) que comentaram e ampliaram a medicina grega. A formação da medicina ibérica, a única considerada oficial pelos colonizadores portugueses, era profundamente teórica e em pouco preparava para a realidade da colônia em que já se convivia com as medicinas indígena, jesuítica, africana, além da pequena inserção holandesa (BITTAR, 2009; BATISTA, 2015).

Em 1744, Portugal disciplina a atividade médica e de boticários na colônia por meio do “Regimento da Fisticatura para a Colônia”, embora existisse pouquíssimos profissionais. Em 1757 determina-se a transferência da capital brasileira de Salvador da Bahia para o Rio de Janeiro, reduzindo o prestígio e influência do Nordeste na Corte. No ano seguinte assume grande poder ministerial o Marquês de Pombal, transformando aldeamentos em Vilas, modificando sua estrutura administrativa com impacto severo, inclusive em relação aos jesuítas. As fissuras políticas entre o então reino de Portugal e os jesuítas findaram por ruir sua estrutura educacional na colônia. Em 1759, por intermédio do Marquês de Pombal (1699-1782) expulsa da colônia a Companhia de Jesus. Reformou-se radicalmente o sistema educacional em todo o reino, com sintomas mais agudos na colônia brasileira, que não dispunha de estrutura educacional capaz de substituir a ação dos religiosos (BATISTA, 2015). Em 1760 nasceria na localidade de Araripe, no Exu pernambucano, Dona Bárbara de Alencar, matrona revolucionária, hoje considerada heroína nacional. Na área da saúde, a maioria das enfermarias jesuíticas é transformada em hospitais. No Cariri, em 1764, Crato seria elevado a Vila Real. Enquanto isso, em 1766, ainda nasceria Manuel de Arruda Câmara, o primeiro médico a pisar em terras caririenses no final do século XVIII, entre 1794 e 1795. Contudo, seu interesse era puramente minerológico. Já em 1678, seria criada a Freguesia do Crato, por desmembramento da Missão Velha. Intensifica-se a expulsão de índios do Cariri, os quais tomam o rumo norte

até o litoral em Arronches (atual bairro da Parangaba em Fortaleza) até 1780. Deste ano até 1820 a firme resistência dos indígenas daria o nome de “Guerra do Bárbaros” (VIEIRA, 2018).

A ciência no Brasil caminhava lentamente, mas em 1772, progride com um importante marco: a fundação da Sociedade de História Natural do Rio de Janeiro. No ano seguinte, 1773, Pombal patrocina grande reforma universitária em Portugal. A Medicina seria tocada por esta reforma, com a introdução de estudos anatômicos em humanos e instituindo o Hospital Universitário. No mesmo ano em Coimbra, o cirurgião José Correia Picanço torna-se o primeiro professor de anatomia humana desta universidade. Portugal passa por um processo de descentralização de seus serviços médicos, sendo fiscalizados pela “Junta do Protomedicato”, instituída por D. Maria I. A Europa vivia a partir de 1789 os efeitos da Revolução Francesa. No ambiente extremamente conflagrado que se seguiu com as Guerras Napoleônicas, foram criados os serviços de ambulância para socorro dos feridos e os cirurgiões ganham enorme importância e prestígio com o desenvolvimento da Medicina de Urgência. O período napoleônico incluiria no currículo das escolas francesas a Medicina Interna e Cirurgia. Finalmente, os cirurgiões recebem grau de médico (VIEIRA, 2018).

Ainda em 1789, ano da Revolução Francesa, nasceria em Missão Velha no Cariri, Tristão de Alencar Araripe, filho da republicana Dona Bárbara de Alencar. Dois anos após, em 1791, o litoral cearense é assolado por epidemia de febre palustre, mas apenas em Pernambuco havia a Santa Casa e o recém-criado Hospital dos Lázaros. Em Portugal e suas colônias, até o final do século XVIII, físicos, cirurgiões, boticários, barbeiros e até curandeiros eram preparados por mestres e lançavam-se ao trabalho com seu consentimento. No Cariri, na cidade de Barbalha, em 1794, nasceria José Martiniano de Alencar, que junto de sua mãe, Dona Bárbara de Alencar, revolucionaria a região com ideais republicanos. Formalmente, à época, apenas a físicos e cirurgiões era permitido o exercício da Medicina, com atestado de habilitações por meio de exames nas instituições existentes à época. Entretanto, um censo realizado no Brasil em 1799, ano em que o Ceará se tornaria capitania autônoma, contabilizava apenas 12 profissionais médicos em toda a colônia brasileira. Entre grandes secas e epidemias, o interesse da metrópole colonizadora se voltava prioritariamente para a mineração e exploração das riquezas naturais. Apenas em 1805 seria introduzida no Nordeste, pelo Pernambuco, a Vacinação pelo cirurgião Manoel Moreira Rosa, primeiro Vacinador Oficial, nove anos após o desenvolvimento da tecnologia (BATISTA, 2015; VIEIRA, 2018).

No século XVIII a Medicina brasileira se organizava, de fato, em torno de três profissionais: os apotecários (boticários), que preparavam medicamentos, os cirurgiões que procediam as intervenções e os médicos (ou físicos), que praticavam a clínica. Batista (2015)

registra que: “Em 1800, por decreto, quatro estudantes brasileiros deviam seguir anualmente para Coimbra para estudar Medicina e cirurgia”. Estes, entre outros profissionais formados em outras faculdades e escolas médicas da Europa, formavam o corpo clínico-cirúrgico brasileiro (BATISTA, 2015). Contudo, informalmente, há relatos do ensino médico informal na colônia:

[...] cirurgião Antônio José de Souza Pinto, que em 1790 lecionava anatomia e cirurgia na Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro e no Hospital Real Militar e Ultramar do Morro do Castelo. De igual importância, Manuel José Estrella lecionava cirurgia especulativa e prática na Santa Casa de Misericórdia da Bahia. (FIOCRUZ, 2008 apud BATISTA, 2015)

O advento do ensino formal da Medicina no Brasil com graduação de médicos veio com a corte portuguesa no início do século XIX. Chegada em 1808, a Corte Real Portuguesa faria uma revolução no status da colônia em vários aspectos, como a regulação do comércio com outras nações pela abertura dos portos, instalações de fábricas e também no ensino. Em sua passagem de apenas um mês e dois dias em Salvador da Bahia, o príncipe regente Dom João IV criou a primeira escola de Medicina no Brasil, ainda hoje funcionante (FAMEB, 2019). Mais precisamente, em 18 de fevereiro de 1808, o ministro dom Fernando José de Portugal e Castro encaminhou ao Conde da Ponte o seguinte documento como registrado em Batista (2015):

Deus guarda a V. Excia.
Bahia, 18 de fevereiro de 1808.
Ao ilustre Excel. Sr. Conde da Ponte

O Príncipe Regente Nosso Senhor, anuindo à proposta que lhe fez o doutor José Correia Picanço, cirurgião-mor do Reino e de seu Conselho, sobre a necessidade que havia de uma Escola de Cirurgia no Hospital Real desta cidade para a instrução dos que se destinam ao exercício desta Arte, tem cometido ao sobretudo cirurgião-mor a escolha dos professores, que não só ensinem a cirurgia propriamente dita, mas a anatomia como base essencial dela e a Arte obstétrica tão útil quanto necessária, o que participa a V. Excia, por ordem do mesmo Senhor, para que assim o tenha entendido e contribua para que tudo o que for promover este importante Estabelecimento.

D. Fernando José de Portugal e Castro
Ministro do Senhor Príncipe Regente

O compêndio de História do Brasil de Pedro Calmon em seu tomo 4, abrangendo os anos finais do século XVIII e o início do século XIX registra também aspectos da criação da primeira faculdade:

Desembarcado na Bahia em 22 de janeiro de 1808 [...], fêz o príncipe mais do que abrir os portos ao comércio estrangeiro. Atendeu ao seu médico, Dr. José Correia Picanço, que lhe representou a necessidade de criar uma escola de cirurgia anexa ao hospital da cidade, e, em 18 de fevereiro, baixou o decreto, que, não somente estabeleceu a cadeira pedida, como as de Anatomia e Obstetrícia. Lançara a pedra fundamental do ensino médico, que ali tanto devia prosperar. (CALMON, 1963 p 1395)

Consta nessa obra que dias antes da criação da faculdade, os doutores Manoel Vieira da Silva, depois barão de Alvaiazar e José Correia Picanço, conselheiro e depois barão de Goiana, foram, em 7 de fevereiro, elevados a físico-mor e cirurgião-mor do Reino e domínios ultramarinos. Picanço era pernambucano, lente de Anatomia e Cirurgia em Coimbra, 1779-1790, muito estimado do Príncipe, a quem acompanhou na transmigração. Nomeou Picanço os primeiros professores de Anatomia, José Soares de Castro, e de Cirurgia, Manuel José Estrella, aquele português, este fluminense, ambos cirurgiões militares na Bahia, 1815. Estes registraram as matrículas dos primeiros alunos de Medicina do Brasil (CALMON, 1963; BATISTA, 2015).

Poucos dias depois, a Família Real rumaria para o Rio de Janeiro, onde se instalariam definitivamente. Lá, na terra de São Sebastião, seria criada em 08 de março do mesmo ano, em 1808, a segunda escola médica do Brasil, o Curso de Anatomia e Cirurgia do Rio de Janeiro, a cargo do professor José Joaquim Marques, nomeado para estas cadeiras (BATISTA, 2015). Pedro Calmon (1963) registra em sua obra de História do Brasil aspectos do dinamismo geral trazido pela Família Real ao Rio de Janeiro:

[...] Dado o impulso à cultura geral, era indispensável dotá-la de escola cirúrgica, anexa ao hospital, como na Bahia, de laboratório farmacêutico, de instituto vacínico, de aula de comércio, de aula de comércio, de fábrica de pólvora junto à Lagoa de Rodrigo de Freitas, a que o seu diretor, mais tarde agregou o horto, para plantio de espécies exóticas, transformado, por alvará de 1º de março de 1811, em *Jardim Botânico*. Até de Academia Real de Ciências do Rio de Janeiro se cogitou! (CALMON, 1963)

O Brasil obtinha realmente novo status com a chegada da família real e as transformações na área da saúde continuariam. Em 1809, a sete de janeiro, era extinta a Junta do Protomedicato. Seria criado o cargo de “Provedor-Mor da Saúde da Corte e Estados do Brasil”, que na prática tinha mais interesse na fiscalização sanitária dos navios arribados nos portos. No ano seguinte D. João VI promulga regimento estabelecendo cargos de “Comissários Delegados do Físico-Mor do Reino” e em 1811 criaria a “Junta da Instituição Vacínica” (VIEIRA, 2018).

A criação dos dois primeiros cursos médicos no Brasil marcava o início do ensino médico no país e o fim de um ciclo, o de atuação exclusiva de médicos e cirurgiões formados na Europa, como argumenta Batista (2015) mas não apenas isso. Calmon (1963) registra o surgimento de uma produção científica atrelada ao ensino: “O Dr. José Soares de Castro iniciou no Brasil a bibliografia médica, publicando um *Tratado de Anatomia*, Bahia 1812”. Bem como reformas realizadas na busca de sua maior qualificação. Inicialmente os cursos tinham três anos de duração, tendo como principal campo de práticas os hospitais militares. O curso médico priorizava então o ensino da anatomia, cirurgia teórico-prática e operações cirúrgicas, ou seja, enfatizava a formação de “cirurgiões” e não de “médicos”, como já era tendência na Europa.

No velho continente esta formação não era separada e a cirurgia era assumida como uma especialidade médica (BATISTA, 2015).

Segundo Batista (2015) em 1813 a escola médica do Rio de Janeiro transformou-se propriamente em academia médico-cirúrgica, agora com a duração do curso em cinco anos, acrescido dos ensinamentos de Medicina Clínica (Teórica e Prática), Química, Farmacologia, Botânica, Higiene e Etiologia das Doenças. A formação médica começava assim, com forte influência do modelo europeu, a compor sua identidade. A reforma na escola baiana viria mais tarde, em 1815 (BATISTA, 2015). Pedro Calmon (1963), restringindo-se ao curso baiano, comenta, a partir de seus registros, sobre a formação do corpo docente e a qualidade da formação médica, citando inclusive uma impressão do viajante-naturalista alemão Friedrich von Martius, que entre 1817 e 1820 percorreu o território brasileiro (CALMON, 1963; GUIMARÃES, 2000).

[...] A reforma de 29 de dezembro de 1815 criou cinco cadeiras, para um curso de cinco anos, segundo o plano do baiano, Dr. Manuel Álvares de Carvalho, desde 1812 físico-mor e diretor dos estudos médicos da corte e Estado. Adquiriu então a “Faculdade” novos elementos: Dr. Antônio Ferreira França, José Avelino Barbosa e José Álvares do Amaral. Martius comparou esse curso aos de Medicina de campo na Baviera. (CALMON, 1963)

Estas reformas aconteciam concomitantes aos movimentos de independência das colônias espanholas em 1817. Agitação carregada de ideais republicanos que chegaria ao Nordeste no mesmo ano com a Revolução Emancipacionista que partiu do Pernambuco e o Cariri foi representada pela família Alencar. O dia 03 de maio de 1817, o diácono José Martiniano de Alencar lê seu manifesto e proclama a República do alto de seu púlpito na Igreja da Sé do Crato. Seu sonho libertário duraria oito dias, até que as tropas reais de D. João VI aprisionassem por anos a ele e sua mãe, D. Bárbara de Alencar (VIEIRA, 2018).

Em Recife, o ano de 1817 marcaria a criação do Hospital Militar, funcionando no convento das carmelitas e dirigido pelo médico português José Eustáquio Gomes. Lá seria criada uma escola de cirurgia, com curso de três anos e permanecendo atuante até 1828. Em 1819, ano em que por Decreto Régio seria criado o cargo de Cirurgião Vacinador, nasce no Crato a 28 de agosto Manoel Marrocos Telles. O cratense se formaria em Medicina no Rio de Janeiro em 22 de março de 1849 e seria o primeiro médico a se estabelecer no Cariri cearense. Nos anos 1820, após a Revolução do Porto, o retorno de D. João VI e uma nova constituição são exigidos em Portugal. Seguindo-se a estes acontecimentos, seu filho D. Pedro I declara a Independência do Brasil em 1822. Neste primeiro ano da construção do Primeiro Império do Brasil, o ainda atuante médico José Correia Picanço, em Pernambuco, executa a primeira

cirurgia cesariana no país, numa escrava. No ano seguinte a morte levaria o fundador do ensino médico no Brasil. Em 1824, em meio a mais uma seca intensa assolando o Ceará, D. Pedro I dissolve a primeira Constituição do Brasil promulgada no ano anterior e outorga nova constituição duramente centralizadora. Irrompe logo em seguida novo movimento republicano, a Confederação do Equador envolvendo Ceará, Pernambuco, Piauí, Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas. O Cariri teria mais uma vez grande participação no movimento, que, no entanto, no mesmo ano foi completamente suprimido, levando a morte de inúmeros revoltosos, dentre eles mais um filho de D. Bárbara de Alencar, o Tristão de Alencar Araripe. Os anos de 1826 a 1828 a população cariense sofreria além do recrutamento forçado de sertanejos para a Guerra da cisplatina, a terrível epidemia de Varíola que vitimou 13.000 pessoas entre as comarcas de Crato e Jardim. Neste ano (1826), na Corte, por decisão de D. Pedro I, as faculdades de Medicina recebem finalmente o direito de emitirem a seus alunos o diploma, independentemente do reconhecimento dos Cirurgiões-Mores do Império (VIEIRA, 2018).

Como caminho natural a partir da criação e qualificação destes cursos e, sobretudo, da expansão do corpo médico brasileiro começam a surgir as primeiras associações médicas. Seguindo-se à abolição da Fisicatura, com a transferência da responsabilidade pelos serviços de saúde às Câmaras Municipais, o Império se eximia dos investimentos na área (VIEIRA, 2018). Enquanto isso, os médicos brasileiros estreitavam suas relações. Criada em 1829, a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro teria um papel fundamental no associativismo médico e impulsionaria a comunicação científica, como registra a página eletrônica da Gazeta Médica da Bahia (2020):

Em 1831, foi lançada a primeira publicação médica do Brasil: os *Seminários de Saúde Pública*, da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro (posteriormente transformada em Academia Imperial de Medicina), os quais deram origem aos *Anais da Academia Nacional de Medicina*, editados até os dias atuais. (GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 2020)

Batista (2015) registra: “A Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro foi criada em 1829, passando a chamar-se Academia Nacional de Medicina em 1835 e, posteriormente, Academia Imperial de Medicina, em 1885”. Segundo o mesmo autor, não apenas o curso médico influenciava as sociedades, também as sociedades tinham um papel importante, até simbiótico, na construção curricular. Em sua obra *Educação médica no Brasil* Batista (2015) traz um comentário de Edler (2000) sobre o papel da Academia Imperial de Medicina:

No Brasil, a Academia de Medicina (1829-1889) foi não apenas o principal fórum de debates sobre o ensino médico e a saúde pública imperial, como também a principal trincheira de voltada a defender a necessidade de implantação do modelo anátomo-clínico francês (BATISTA, 2015 p. 53)

Gadelha (2009) considera sobre o papel da Academia Imperial de Medicina na comunicação médica:

Posteriormente surgiu a Academia Imperial Brasileira, que tinha como um de seus objetivos atualizar e traduzir textos europeus de caráter higienista e de anatomoclínica, além de desempenhar o papel de interlocutora das instituições médicas, até meados do século XIX. (GADELHA, 2009)

A Academia Imperial seria ainda em 1830 incubadora de um projeto de reforma do ensino médico no Brasil. Após a abdicação de D. Pedro I e início do período regencial em 1832 prolongou-se o curso médico para seis anos, como ainda atualmente, passando as duas escolas clínico-cirúrgicas a Faculdades de Medicina, incluindo nesta condição os cursos de Partos e de Farmácia (BATISTA, 2015). Nesta época, em 1838 o Cariri recebe a visita do médico e naturalista escocês George Gardner, com importantes contribuições à história da região. Ele permaneceria no Cariri até 1839, ano em que foi apresentado projeto de criação da Província do Cariri, o qual não prosperou. A Regência Trina duraria até 1840, com a subida ao trono de D. Pedro II, com apenas 14 anos. À despeito precariedades existentes em relação às instalações físicas e instrumental carente, bem como de um corpo docente despreparado para a empreitada, a reforma trouxe significativos avanços na formação médica. O curso médico passava a contar então com um currículo mais vasto, humanista e naturalista, incluindo as disciplinas de História da Medicina, Física, Botânica, Zoologia e Mineralogia; articulando elementos antigos com novos campos da Medicina, como nas disciplinas de Anatomia-Geral e Descritiva, Química Médica, Fisiologia, Farmácia, Patologia Externa e Interna Cirurgia, Medicina Interna, Clínica Cirúrgica, Obstetrícia e Ginecologia, Pediatria e Puericultura e Medicina Legal. Incluindo também elementos de impacto social mais amplo, como na disciplina de Higiene. E, uma disciplina que definia um pouco mais a identidade do ensino no país, a disciplina chamada Matéria Médica Brasileira (BATISTA, 2015VIEIRA, 2018).

Consta nos registros históricos da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia a trajetória de sua nomenclatura, seguindo tais reformas:

Após abrir os portos do Brasil às nações amigas de Portugal, D. João VI assinou, em 18 de fevereiro de 1808, o documento que mandou criar a Escola de Cirurgia da Bahia, no antigo Hospital Real Militar da Cidade do Salvador, que ocupava o prédio do Colégio dos Jesuítas, construído em 1553, no Terreiro de Jesus. Em 1º de abril de 1813 a Escola se transformou em Academia Médico-Cirúrgica. Em 03 de outubro de 1832 ganhou o nome de Faculdade de Medicina, que guarda até hoje. (Histórico da Faculdade de Medicina da UFBA. FAMED, 2019)

Importante destacar que, desde de sua fundação a Faculdade de Medicina da Bahia tem cumprido um relevante papel na formação não apenas médica, mas humanística e política no

Brasil através de vultos históricos de projeção nacional e internacional, como registra em seu histórico:

Também, tendo estado a Bahia, sempre em destaque na política nacional, não poderia deixar a liderança, justificada pela profunda formação humanística dos mestres e sua influência na comunidade. Assim, os salões da faculdade serviram de palco para acirradas discussões, agitados debates e até mesmo lutas armadas, que marcaram decisivamente os rumos tomados pelo contexto social e político nacional - como na Guerra do Paraguai, na Guerra de Canudos e na Segunda Guerra Mundial. (Histórico da Faculdade de Medicina da UFBA. FAMED, 2019)

Ciente de sua relevância para o desenvolvimento do ensino superior e da profissão médica no Brasil, o mais antigo curso de Medicina do país faz esforços para conservar sua história. Atualmente o Terreiro de Jesus, sítio histórico onde primeiro funcionou o curso, abriga um memorial com seu acervo centenário:

Ocupando os 9 salões da antiga Escola, o Memorial é o mais importante documentário do ensino médico do Brasil. Mais de 5.300.000 páginas de documentos incluindo teses, pedidos de matrículas, pesquisas e experiências de gerações de cientistas vêm se juntar ao notável patrimônio onde se destacam livros raros dos séculos XIV ao XIX - inclusive a raríssima coleção completa da Flora Brasiliensis, de Martius, alguns em latim, outros versando sobre alquimia, a pinacoteca com mais de 200 retratos de mestres pintados por famosos artistas baianos - a maior da Bahia -, e o suntuoso mobiliário que está principalmente no Salão Nobre e na Congregação. (Histórico da Faculdade de Medicina da UFBA. FAMED, 2019)

Consoante a este esforço de preservação da memória sua nomenclatura seria mais recentemente modificada, resgatando seu antigo nome:

Em 11 de Novembro de 2003, a Congregação aprovou o retorno ao antigo nome da Faculdade, como adotado pela Reforma da Regência Trina de 1832: Faculdade de Medicina da Bahia. Essa proposta foi aprovada por aclamação pelo Conselho Universitário (CONSUNI) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) em 19 de março de 2008 (Portaria), e a partir de então a sigla da Faculdade de Medicina da Bahia/Universidade Federal da Bahia é FMB-UFBA. (Histórico da Faculdade de Medicina da UFBA. FAMED, 2019)

Figura 45: Faculdade de Medicina da Bahia



Fonte: Histórico da Faculdade de Medicina da UFBA. Site da FAMED

No Cariri, em 1844, sob intensa seca, nasce em Crato Cícero Romão Batista, o Padre Cícero, no mesmo ano em que von Martius publica “Natureza, Doenças, Medicina e Remédios dos Índios Brasileiros”. Também, o Padre Cícero, assumiria uma influência mística sobre os sertanejos e não se eximiria de prescrever, ele mesmo, tratamentos médicos ao povo simples da região. Note-se, apenas em 1845 seria fundado o primeiro Liceu no Ceará. A educação na província era tutorada por preceptores até que os alunos abastados pudessem seguir ensinamentos superiores. A imensa maioria da população era iletrada. Enquanto isso, em 1846 é criada a Vila de Barbalha, por desmembramento do Crato, no mesmo ano em que Harvard nos Estados Unidos da América se realizava a primeira cirurgia sob anestesia geral e se desenvolve a antissepsia em Viena, na Áustria. Apenas no ano seguinte estas técnicas chegariam ao Brasil pelo Rio de Janeiro e três anos depois no Ceará. Somente em 1850, ano em que D. Pedro II criaria a Junta Central de Higiene, após um ano de intensa epidemia de febre amarela. Neste mesmo ano Manoel Marrocos Telles, se estabeleceria na região caririense, sendo seu primeiro médico realmente radicado.

Ainda sobre o modelo de ensino médico no Brasil do século XIX, Batista (2015) observa que, o modelo anátomo-clínico francês propunha a concentração da formação médica no ambiente hospitalar, com a valorização do ensino do futuro médico à beira do leito, por meio

do domínio das técnicas de ausculta, percussão e instrução clínica sistemática. Mas também não deixava de lado o treinamento em autópsia, articulando-os com avanços da época, como a patologia tissular e estatística (BATISTA, 2015).

Ao longo do tempo outros centros de estudo iriam surgindo, diversificando a interlocução médica (GADELHA, 2009).

Em 1850, foi criada a Junta Central de Higiene Pública. A emergência de vários centros de estudos de medicina erudita levou ao rompimento do monopólio da Academia Imperial de Medicina. A efervescência de periódicos médicos possibilitava uma circulação maior de ideias e práticas médicas. (GADELHA, 2009)

Em 1853, o Crato consolidaria sua influência na região caririense com a elevação de Vila a Cidade. À época, em 1854, uma nova reforma do ensino médico ratificaria o curso em seis anos. Como novidades promoveu a criação de uma estrutura de catedráticos, uma “congregação de lentes”, para dar conta dos encaminhamentos administrativos da faculdade juntamente ao diretor. Também preconizava a instalação de laboratórios, gabinetes, horto botânico e a construção de uma maternidade. Mesmo assim, as faculdades brasileiras, sob forte ascendência da moral católica dominante, manter-se-iam ainda por muitos anos distantes de concepções materialistas, darwinistas ou positivistas. Em 1859, o currículo do ensino médico do Brasil passaria a ter 26 disciplinas e autoriza pela primeira vez a admissão de mulheres no curso médico. No ano seguinte, em 1860 nasceria no Crato Amélia Benezien Perouse, primeira médica cratense e nordestina, formada em 1890 e segunda formada no Brasil, depois de Rita Lobato em 1887. Ainda antes delas a brasileira Maria Augusto Generoso Estrela receberia em Nova Iorque, nos Estados Unidos da América, seu grau de médica (BATISTA, 2015; VIEIRA, 2018).

No Cariri, em 1855 é fundado o primeiro jornal do Sul do Ceará “O Araripe”, por João Brígido. Este periódico daria conta dos primeiros procedimentos médicos, homeopáticos e odontológicos na região, contendo inclusive publicidade médica. Fixa-se em Crato mais um médico, o baiano Francisco Jacinto Silva Coelho, em 1857, ano em que a região também foi visitada pelo médico e naturalista francês Louis Jacques Brunet. O Cariri seria visitado ainda por vários médicos, inclusive na Comissão Real de Francisco Freyre Allemão, composta por ele, os outros médicos Manoel Ferreira Lagos e seu irmão Manoel Freyre Allemão, o pintor José Reis Carvalho, responsável pelo registro dos achados naturais e também o célebre poeta romântico Gonçalves Dias. Eles ficariam na região até 1860, ano em que se fixaria o médico Antônio Correia de Macedo Lima, o qual realizaria no ano seguinte a primeira cirurgia no Cariri, uma amputação, ainda sem anestesia. Apenas em 1861, o médico Antônio Manoel de

Medeiros traria a técnica anestésica à região, ano em que é nomeado o primeiro bispo da província e é criada a primeira Santa Casa de Misericórdia do Ceará. No ano de 1862, de março a setembro, irrompe grande epidemia de cólera no Cariri. O médico Antônio Manoel de Medeiros chegaria ao Crato em abril do mesmo ano, designado para dar combate à doença. Em 1854 esta mesma moléstia havia assolado Londres, até que o médico inglês John Snow descobrisse sua transmissão através da água contaminada. A mesma epidemia já havia chegado ao Pará em 1855, mas até então o Cariri não havia sido tocado pela doença. A partir de 1860, sob a “Teoria Germinal das Doenças Infecciosas”, do cientista francês Louis Pasteur, já se tinha conhecimento da possibilidade de transmissão de doenças entre pessoas e por alimentos e água contaminados. O Crato, desde 1860 já dispunha de água por suas fontes nos pés de serra, inclusive encanada, sete anos antes da capital Fortaleza. Contudo, a oferta do precioso líquido em condições higiênicas beneficiava apenas uma pequena parcela da população, motivo pelo qual espalhou-se ferozmente. Dr. Antônio Manoel de Medeiros foi responsável por instalar na Rua das Laranjeiras, em Crato, o primeiro rudimento hospitalar do Cariri, aberto em 19 de junho de 1862, conseguindo mitigar a mortandade do cólera morbo. Ainda assim, a doença reclamaria cerca de 30.000 vidas, entre seu primeiro surto e o repique ocorrido em 1864, enchendo o Cemitério dos Coléricos, que havia sido criado fora dos limites da cidade em 1862 (VIEIRA, 2018).

Enquanto irrompia a Guerra do Paraguai em 1864, com participação também de caririenses na campanha bélica, era fundado o Seminário da Prainha, em fortaleza, o qual formaria o Padre Cícero e onde se ordenaria em 1870. No ano seguinte, 1865, morreria em combate em Corrientes, na Argentina, o médico cratense Thomaz José Leite de Chaves, que há pouco havia se voluntariado. No mesmo ano, seria fundada a primeira Casa de Caridade do Cariri, em Missão Velha, onde doentes e flagelados da seca recebiam cuidados, inclusive médicos. Em Fortaleza, em 1866, assolava epidemia de febre amarela (VIEIRA, 2018).

No Brasil a produção científica e comunicação médica teriam novo avanço em 1866 com a criação da *Gazeta Médica da Bahia*, publicação oficial da Faculdade de Medicina da Bahia e primeira revista médica do Brasil, estritamente voltada às publicações científicas (GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 2020). Veículo de publicações de teses, artigos entre outros trabalhos médicos a *Gazeta Médica da Bahia* circulou de forma intermitente, mas seu acervo, atualmente digitalizado, pode ser encontrado disponível por meio eletrônico:

[...] a primeira revista médica brasileira, estritamente voltada às publicações científicas, foi a *Gazeta Médica da Bahia* (GMBahia), tendo entre os seus fundadores sete ilustres médicos da cidade da Bahia e o estudante de Medicina Antonio Pacifico Pereira. Desse núcleo primacial da GMBahia, o Dr. Otto Edward Henry Wücherer foi o que mais contribuiu com novos conhecimentos, especialmente sobre a

ancilostomíase e os ofídios, e, de forma fundamental e inovadora, ao descrever a filaria em pacientes com "hematuria intertropical", daí a homenagem desse nematódeo pertencer ao gênero *Wuchereria*, da espécie *W. bancrofti*. A GMBahia circulou regularmente entre 1866 e 1934, depois entre 1966 e 1972, com um número avulso em 1976. Em 1984, os professores Eurydice Pires de Sant'Anna (Escola de Biblioteconomia) e Rodolfo Teixeira (Faculdade de Medicina da Bahia) organizaram o índice cumulativo da GMBahia de 1866 a 1976, com a citação de todos os 3.870 trabalhos publicados naquele período. Mais recentemente, em 2002, foram digitalizados todos os trabalhos publicados até 1976 e alguns textos em livro-impresso, também pela Dra. Luciana Bastianelli da Gráfica CONTEXTO (Salvador, Bahia). (José Tavares Neto, Editor da Gazeta Médica da Bahia e Diretor da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB). GAZETA MÉDICA DA BAHIA, 2020).

No Cariri, entre 1869 e 1870, quando se encerrava a Guerra do Paraguai, foram fundadas mais Casas de Caridade em Crato, Barbalha e Milagres, numa época em que, castigada pela seca, a região vivenciaria longo ciclo de messianismo e cangaço. Muitas transformações ocorreriam na estrutura de suas vilas. No ano de 1872, o Padre Cícero se estabelece como capelão na tímida localidade do Tabuleiro Grande, que viria a ser a cidade de Juazeiro do Norte. No mesmo ano Barbalha é elevada à comarca, em 1876 seria elevada à cidade, lá instalando-se seu primeiro médico, o barbalhense Manoel de Sá Barreto Sampaio. O Crato recebe o primeiro curso secundário do estado, o Seminário do Crato, que futuramente ofereceria os primeiros cursos de nível superior do interior do estado. A grande seca iniciada em 1877, estendendo-se até 1879, traria em seu rastro uma epidemia de varíola de proporções gigantescas, com 50.000 mortes registradas no estado, inclusive de caririenses. Em 10 de dezembro de 1878, faleceriam 1004 pessoas apenas na capital Fortaleza, ficando conhecida a data como o “Dia das Mil Mortes”. Com a chegada da infame doença à região são criados Lazaretos pelo Dr. Antônio Manoel de Medeiros, não apenas no Crato, onde atuava primariamente, mas também em Santana do Cariri, Barbalha e Missão Velha. Em 1879, morre o Dr. Medeiros, sendo substituído pelo Dr. Thomaz Pompeu de Souza Brasil (VIEIRA, 2018).

No último quartil do século XIX no Brasil, sobretudo no Rio de Janeiro, já se percebia um aumento desordenado das cidades e de endemias associadas às más condições de higiene. Em 1881, a Junta Central de Higiene é substituída pela Inspetoria Geral de Saúde e Higiene, uma troca mais retórica que efetiva (VIEIRA, 2018). No calor das discussões sobre as melhores medidas para combater tais calamidades a preocupação com a saúde pública realçava a fala dos sanitaristas, dando início a uma cisma entre a Medicina Curativa e a Medicina Preventiva. Até então a Medicina brasileira mais importava que produzia ciência, principalmente do modelo francês, fortemente baseado a observação clínica, uma fase chamada por Lampert (apud BATISTA, 2015) de pré-científica. Este modelo levava em conta as características do território

gaulês. Contudo, na Bahia já se tomava um novo rumo, adaptando técnicas estrangeiras ao estudo das patologias locais. Iniciava-se o trabalho dos tropicalistas.

O ensino médico continuaria influenciando as discussões sobre o ensino superior no Brasil. A academia, em 1873, aproximou-se do público leigo por ocasião das Conferências Populares da Glória, eventos onde a ciência e a cultura eram divulgadas a partir da academia. Durante as apresentações, perante membros da Família Real, aristocratas ligados à corte, profissionais liberais e outros estudantes, aos quais cabia o termo “populares”, professores e alunos do curso médico do Rio de Janeiro deixaram evidente que o ensino médico, já precarizado, tinha carências relativas ao currículo e proposta pedagógica. As discussões emanadas destes encontros suscitaram novas mudanças curriculares e tecnológicas espelhadas no modelo germânico em 1879, as quais cristalizar-se-iam na Reforma Saboia, levada a efeito em 1882 e 1883, no Rio de Janeiro e Bahia. Esta reforma traria o aumento de cadeiras docentes, inclusive em clínicas especiais, ampliou laboratórios, constituiu o corpo de adjuntos e criou o curso de Odontologia no Rio de Janeiro e Salvador em 1884. Nesta época, no Crato, Dr. Marcos Madeira tenta empreender, pela primeira vez, a construção de um hospital, em 1882 (BATISTA, 2015; VIEIRA, 2018).

A produção científica médica nacional toma corpo no Rio de Janeiro (a primeira tese de doutoramento, defendida em 1885) por meio da investigação experimental, tendo à frente nomes como Oswaldo Cruz (1872-1917), Adolfo Lutz (1855-1940), Carlos Chagas (1879-1934), Vital Brasil (1865-1950) e Manoel Augusto Pirajá da Silva (1873-1961). Nesta época estruturaram-se importantes institutos os quais impulsionaram a produção científica brasileira como o palácio de Manguinhos e os institutos Butantã e Bacteriológico. Para além da prática médico-cirúrgica e ao lado das mais recentes descobertas de vetores microscópicos, desenvolvia-se mais rapidamente as noções de higiene e saneamento básico das cidades e a indústria farmacêutica de alto padrão (BATISTA, 2015).

Até então a estrutura socioeconômica brasileira era fundamentada no latifúndio monocultor explorado por uma aristocracia ligada ao poder da Família Real e sob exploração de mão de obra precária e até pouco escravizada. O movimento de 15 de novembro de 1889 prometia, orientado pelo modelo político de República e apoiado por intelectuais e uma nova burguesia liberal, levar o Brasil ao futuro, urbanizando-o e industrializando-o, transformando as relações econômicas em direção a um capitalismo nascente e moderno. No mesmo ano da Proclamação da República, ainda em primeiro de março aconteceria o polêmico milagre da Hóstia durante celebração presidida pelo Padre Cícero. A beata Maria de Araújo, “Mocinha”, verteu sangue pela boca repetidas vezes ao receber o Corpo de Cristo das mãos do sacerdote.

Este fato sobrenatural, atestado pelo médico Marcos Madeira em artigo no jornal “O Cearense”, motivaria inquérito por parte da Igreja Católica até o ano de 1891. Em 13 de outubro do referido ano, comissão presidida pelo padre Glycério da Costa atesta os fenômenos sobrenaturais em favor de uma Intervenção Divina. Após uma onda de misticismo e polêmicas, uma segunda comissão seria formada em 20 de abril de 1892, para inquérito do chamado “Milagre do Juazeiro”. Presidida pelo padre Alexandrino de Alencar, a segunda comissão chega a conclusões diferentes, motivando o bispo Dom Joaquim Vieira, em 1893, a impor sobre a situação Interdito Parcial, não conferindo validade a nenhum dos acontecimentos do ato religioso. No ano seguinte, 1894, em 31 de julho, o Santo Ofício Romano se manifesta finalmente, considerando o “milagre” como “gravíssimo, detestável e ímpio abuso à Santíssima Eucaristia”. Transmitindo as recomendações da Santa Sé de Roma, o bispo Joaquim suspende as ordens do Padre Cícero e ordenando-lhe sua retirada do Juazeiro, além de ameaçar baixar sua excomunhão da Igreja Católica em caso de desobediência, caminho que o velho taumaturgo jamais tomou. Motivações políticas e religiosas influenciaram os passos da segunda comissão. Ainda assim, à despeito de seus efeitos, houve tempo suficiente para que os fatos ocorridos em Juazeiro se espalhassem por todo o Nordeste brasileiro. Aliado da liturgia de sua igreja, lançou-se o Padre Cícero num crescente contato com o povo que lhe tinha simpatia e solidariedade. Apesar de recorrer à Santa Sé, jamais o Levita do *Juazeiro* desobedeceria o antístite em suas ordens. Indiferente ao comando da Santa Sé, a figura do padre seguiu inflamando o imaginário de uma multidão de sertanejos esperançosos por uma vida melhor. O fluxo de fiéis romeiros que se formou em direção ao Juazeiro do Norte elevou a pequena vila à categoria de “cidade santa”, influenciando não apenas na sua emancipação, que só ocorreria em 1911, mas na transformação política e das relações sociais e econômicas da região inteira, capazes de abalar o governo da oligarquia Acciolina no estado. Menos tocado pelas relações autoritária de Roma e do bispado, o clero cratense, na figura do Padre Francisco Monteiro, lança a pedra fundamental de um hospital a ser chamado de São José. Seria concluída uma capela, mas infelizmente, a construção de um hospital na cidade mais uma vez não prosperaria (VIEIRA, 2018).

No contexto republicano da nova constituição de 1891, transferia-se aos Estados Federativos a organização do ensino superior. Só então, em 1898, noventa anos depois, portanto, surgiria a terceira faculdade de Medicina do Brasil em Porto Alegre. O novo curso tinha como origem os cursos de Farmácia e de Partos (criado na Santa Casa de Misericórdia), ambos criados em 1897. Em 1900 o curso foi oficialmente reconhecido, para juntamente com os cursos do Rio de Janeiro e Bahia adentrarem o século XX num Brasil com mais de 17 milhões

de habitantes. Ainda em 1899 a peste bubônica entra no Brasil pelo porto de Santos, causando grandes prejuízos comerciais à nascente república, causando prolongado impulso à Medicina Preventiva e o Sanitarismo. Apenas em 1906 a doença seria banida do Brasil. Mas haveria neste ínterim, uma reflexão mais atenta quanto à formação médica por parte do governo (BATISTA, 2015; VIEIRA, 2018; IBGE, 2019).

Este acanhamento do ensino médico brasileiro seria enfrentado no século XX, com uma importante expansão dos cursos de Medicina. O ambiente de intensas mudanças na sociedade brasileira trouxe novos marcos legais para a saúde e educação no país. A lei Orgânica Rivadávia Correia (Decreto nº 8.659, de 5 de abril de 1911) veio a organizar aspectos educacionais em todos os níveis. Foi organizado o ensino fundamental e reorganizado os ensinos secundário e superior. Neste, foi instituído o ingresso nas faculdades por meio do vestibular, conferido liberdade de ensino para os estados, além do estímulo para abertura de novas faculdades em cidades com mais de 100.000 habitantes. Com esta senha, foram criadas a Faculdade de Medicina de Minas Gerais (1911), a Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro (1912) e a Faculdade de Medicina do Paraná (1912), atualmente federalizadas.

Neste contexto, destacamos a importância das sociedades médicas para a criação dos cursos e destes para a criação de universidades. No caso mineiro, a Faculdade de Medicina de Minas Gerais foi criada com os auspícios da Sociedade Médico-Cirúrgica de Minas Gerais. Cita Batista (2015) que posteriormente, o curso médico, juntamente com “a Faculdade de Direito, a Escola de Engenharia e a Escola Livre de Odontologia de Belo Horizonte constituíram os primórdios da Universidade, federalizada em 1949”. A Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a segunda escola médica do estado, originou-se da Faculdade Homeopática do Rio de Janeiro, de breve existência. Já a Faculdade de Medicina do Paraná foi criada com a fundação da Universidade do Paraná, em período de prosperidade do estado, funcionou, entretanto, de forma autônoma, sendo federalizada apenas em 1950 (BATISTA, 2015).

A primeira faculdade com vinculação jurídica estadual foi a Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, criada pelo decreto nº 2.344, de 31 de janeiro de 1913. Sua implantação dizia da força deste estado, que assumia, como argumenta Batista (2015), “o objetivo de servir como dispositivo formador de elites, a partir do ensino de conteúdos científicos e políticos”. De fato, o currículo paulista destoava dos demais cursos brasileiros. O mais novo curso assumia em sua liberdade de ensino uma perspectiva modernizadora da ciência médica, tendo por base uma formação científica experimental, calcada em pesquisas e estudos laboratoriais, enquanto os demais cursos ainda primavam pelo conteúdo teórico e a ênfase na clínica (BATISTA, 2015). A consecução desta ambiciosa proposta pedagógica exigia o remodelamento de estruturas

físicas e intelectuais, com a repaginação de espaços físicos para a acomodação de novos equipamentos, dispositivos tecnológicos e recursos humanos. Não obstante, como na maioria dos cursos, o ensino médico ainda orbitava os hospitais, de forma que a maior conquista do curso foi a implantação do Hospital de Clínicas em 1944. Este nosocômio foi instalado com a proposta de ser um hospital-escola modelo aliando o ensino e a experimentação das novidades tecnológicas, uma responsabilidade honrada até atualmente como uma referência de Medicina de ponta no Brasil e América do Sul (BATISTA, 2015).

Até então a criação destes cursos já mostrava a tendência de concentração dos cursos na região Sudeste do país, característica histórica no Brasil.

Em 1915 o ensino superior seria reorganizado com a Lei Carlos Maximiliano, tocando também a Medicina, num retorno ao ensino oficial. Batista (2015) (Apud CURY, 2009) registra trecho da lei onde se denota a laicidade do estado republicano:

[...] o adjetivo oficial retorna para junto dos institutos mantidos pela União, restaure-se o registro de diplomas, impõe-se a inspeção federal sobre os institutos, bem como a figura da concessão para efeito de equiparação para as instituições particulares que a solicitarem, exceto as que tiverem intento de lucro ou de propaganda filosófica ou religiosa. A equiparação não seria atribuída também a institutos em cidades com menos de cem mil habitantes (exceto capitais) ou se houvesse mais de duas academias de Direito, Engenharia e Medicina em cada Estado. O Conselho Superior de Educação é reduzido a órgão consultor e fiscalizador, a matrícula no ensino superior teria como exigência adicional ao vestibular o certificado de aprovação no secundário. Com isso, reoficializa-se o ensino. (BATISTA, 2015)

Após este marco outras escolas médicas surgiram. Em 1919, foi criada no Pará a primeira escola médica da Região Norte, a Faculdade de Medicina do Pará; em 1920, a segunda escola de Medicina do Nordeste, desta vez em Recife. Ainda neste ano a antiga Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro se agruparia com a Escola Politécnica e Escola Livre de Direito para formar a Universidade do Rio de Janeiro, atualmente Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a primeira universidade brasileira. Em 1926 seria criada também um terceiro curso médico em Niterói, no Estado do Rio de Janeiro. Atualmente incorporado à Universidade Federal Fluminense, o curso de Niterói completou o décimo curso de Medicina brasileiro, atendendo a mais de 30 milhões de habitantes. A distribuição destes cursos mostra a maior prevalência da Região Sudeste, em especial da antiga Capital Federal: Região Norte, um curso (PA); Região Nordeste, dois cursos (BA e PE); Região Sul, dois cursos (RS e PR); Região Sudeste, cinco cursos, sendo dois apenas na Capital Federal, Rio de Janeiro (RJ), mais um em Niterói (RJ), além dos cursos de São Paulo (SP) e Belo Horizonte (MG) (BATISTA, 2015; IBGE, 2019; UFRJ, 2019).

Até aproximadamente a década de 1930 percebe-se a característica elitista e centralizadora da educação superior brasileira expressa nas reformas educacionais e nos decretos que as embasaram. O Decreto nº 19.851, de 11 de abril de 1931, por meio do Estatuto das Universidades Brasileiras, propugna a preferência ao regime universitário ao ensino superior nacional. Batista (2015, apud Fávero, 1980) comenta outro decreto de 06 de junho de 1931, o nº 20.179, dispondo sobre a equiparação de institutos de ensino superior mantidos pelos Estados Federativos, como também sobre a inspeção de institutos livres, para fins de reconhecimento oficial de diplomas por eles expedidos:

O Decreto nº 20.179/31 expressa de forma nítida, o controle e a centralização do ensino superior por parte do Governo Central, sobretudo, através dos artigos 2º e 8º, inciso II, onde são feitas exigências para qualquer instituto de ensino superior desfrutar das prerrogativas das instituições federais. (BATISTA, 2015, p. 64)

O ano de 1933 marcaria uma iniciativa de expansão do ensino médico a partir da sociedade civil sem fins lucrativos. Um grupo de professores uniram-se numa associação chamada Sociedade Civil Escola Paulista de Medicina, a qual fora concedida o aval para a estruturação de um curso médico. Apesar de sua vocação pública e da intenção de federalização iniciais, apenas em 1956 deu-se sua incorporação à rede de ensino superior federal. Esta faculdade foi o embrião da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), criada apenas em 1994 (BATISTA, 2015).

Ainda em 1933, outro curso de Medicina beneficiaria o Rio de Janeiro. Foi criada a Faculdade de Ciências Médicas do Rio de Janeiro, posteriormente Faculdade de Ciências Médicas do Estado da Guanabara e finalmente hoje a Faculdade de Medicina da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (BATISTA, 2015).

No Cariri, como já falado, há muito se planejava a construção de um hospital. Coube à Diocese de Crato, colocar-se à frente de esforços políticos e da sociedade em geral para lançar o planejamento do primeiro hospital do Cariri:

Foi idealizado pelo primeiro Bispo Diocesano, Dom Quintino Rodrigues de Oliveira e Silva, sendo fundado em 23 de dezembro de 1936 por Dom Francisco de Assis Pires. Seu principal objetivo era suprir a total carência médico-hospitalar em toda região sul do estado, e principalmente, dar assistência e controlar uma grave epidemia da peste bubônica, que na mesma ocasião, atingiu centenas de pessoas. (SÃO CAMILO, 2020)

O Hospital São Francisco de Assis pertence à Fundação Padre Ibiapina e desde 2004 é administrado pela Sociedade Beneficente São Camilo, com largos serviços prestados na região. Atualmente o hospital continua sendo uma referência em saúde:

Atualmente, o hospital conta com 148 leitos, pertence à Fundação Padre Ibiapina e desde 1º de janeiro de 2004 é administrado pela Sociedade Beneficente São Camilo. Hoje é considerado referência em sua área de abrangência, a qual engloba mais 12

municípios além do Crato, pois é Hospital Polo, com aproximadamente 350.000 habitantes em sua microrregião. Realiza internações nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Obstetrícia para pacientes do SUS, Planos de Saúde e Particulares. (SÃO CAMILO, 2020)

A década de 1940 testemunharia movimentos sociais encabeçados por educadores demandando fortemente novos rumos para a Educação. Havia anuência por parte das sociedades médicas. Entretanto, apenas uma entidade, criada em 1927 no Rio de Janeiro, tinha status de sindicato médico. Estas demandas convergiram para a nova Constituição de 1946. Dentre elas, a exigência de mais autonomia por parte das instituições de ensino superior. A carta constitucional foi considerada insatisfatória neste campo, até que, em 1948, o então Ministro da Educação Clemente Mariani propusesse projeto tornando a educação igualitária como um direito de todos e compromisso do Estado. Foram necessários treze anos de debates para dissipar diferenças a fim de que o antigo projeto se consubstanciasse na primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação (a LDB nº 4.024/61) promulgada em 20 de dezembro de 1961. A partir desta lei a União cedia mais autonomia a órgãos estaduais e municipais. Esta lei ainda seria reformada durante o regime militar pelas leis nº 5.540/68 (Lei da Reforma Universitária) e nº 5.692/71, estendendo os conceitos de Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus (BATISTA, 2015).

No final da década de 1940 a Região Sudeste já concentrava sete escolas médicas, sendo duas estaduais e cinco federais, entre Minas Gerais (uma), São Paulo (duas), Estado do Rio de Janeiro (uma) e o então Distrito Federal (três). A Região Sul contava com dois cursos, um no Rio Grande do Sul e outro no Paraná. A Região Norte possuía apenas a escola do Pará. A Região Nordeste contava com o primeiro curso brasileiro, na Bahia, seu segundo curso instalado 112 anos após em Recife, e, se preparava para receber seu terceiro curso. Desta vez o Ceará seria o beneficiado (BATISTA, 2015).

Um curso médico para o Estado do Ceará já rondava antes da década de 1940. Em 1939, o eminente médico neurologista e professor de Medicina na Capital Federal, Dr. Antônio Austregésilo Rodrigues de Lima, de visita a Fortaleza foi hóspede de seu antigo aluno Dr. Jurandyr Marães Picanço, paraense radicado em Fortaleza, de quem era próximo. Durante sua estada lançou a ideia da criação de uma Faculdade de Medicina no Ceará. Sua proposição foi recebida com dissenso, mas seu aluno Jurandir Picanço a abraçou com mais entusiasmo. Contudo, este sonho ficaria abafado no período de 1939 a 1945, em que as preocupações maiores se voltavam para a II Guerra Mundial. Passado o conflito, em 1946, durante um congresso de médicos católicos do qual o Picanço foi vice-presidente o projeto foi rediscutido como uma possibilidade real (UFC, 2019).

O período do pós-guerra, iniciado em 1945, foi caracterizado mais por uma preocupação em organizar, acompanhar e regulamentar a profissão médica. Como visto, desde 1927 havia apenas uma estrutura de sindicato dos médicos. O ano de 1945 traria a criação do Conselho Federal de Medicina (CFM), tendo em conta que o ensino médico brasileiro já havia expandido para 13 escolas médicas. O CFM seria posteriormente desmembrado em Conselhos Regionais de Medicina em cada Unidade Federativa até o final de década de 1950. É necessário considerar que no Brasil a Medicina já se diversificava em especialidades, sobretudo com o início dos Programas de Residência Médica (BATISTA, 2015).

No Brasil, até meados do século 20, o médico intitulava-se especialista quando se julgava apto para tanto, após ter feito sua formação acompanhando alguém mais experiente ou trabalhado em um serviço especializado de um hospital. Não havia, ainda, uma regulamentação específica nesse sentido. A Residência Médica só aparece a partir dos anos 40. (MARTIRE JR, 2013)

À época do pós-guerra, a capital cearense já recebia de volta com maior volume jovens médicos formados em Medicina e com estágios no exterior. A influência do I Congresso Brasileiro de Médicos Católicos realizado em 1946 (OPINIÃO, 2012; O POVO, 2016) nos moços sonhadores fez brotar a Sociedade Promotora da Faculdade de Medicina do Ceará. O evento fora apoiado pela Academia Cearense de Medicina (UFC, 2019).

Os debates iniciais culminaram numa importante reunião em 09 de junho de 1947, ocorrida na própria residência do Dr. Jurandyr Picanço. Nesta reunião foi eleita a primeira diretoria da sociedade (UFC, 2019; PORTAL DA HISTÓRIA DO CEARÁ, 2019):

- César Cals de Oliveira – Presidente de Honra
- Jurandyr Marães Picanço – Presidente
- Antônio Jorge de Queiroz Jucá – 1º Secretário
- Alberto Furtado de Vasconcelos – 2º Secretário
- Eliézer Studart da Fonseca - Tesoureiro

Formada esta diretoria, seguiu-se a constituição de comissões organizadora e de propaganda. Da Comissão Organizadora fizeram parte Haroldo Gondim Juaçaba, Juvenil Hortêncio de Medeiros, Walter de Moura Cantídio e Raimundo Vieira da Cunha. Já Waldemar de Alcântara e Silva, Josa Magalhães, João Batista Saraiva Leão, Tarcísio Soriano Aderaldo e Fernando Leite compuseram a comissão de propaganda (UFC, 2019).

O próprio Governador do Estado, o Desembargador Faustino de Albuquerque imbuíu-se de tão valoroso pleito junto à Presidência da República, ocupada à época pelo Marechal Eurico Gaspar Dutra, que recebeu de bom grado a demanda dos médicos cearenses (UFC, 2019). Em 11 de dezembro de 1947, o Jornal Unitário de Fortaleza já registrava como certa a vinda do curso para Fortaleza. O periódico destacava que o Governo do Estado já havia

fornecido o Grupo José de Alencar, o qual equipou e readaptou para receber os dois anos iniciais do curso, ao cabo dos quais o curso seria equiparado aos federais e como tal fiscalizado. Segundo colhido pelo jornal, juntamente com toda a documentação necessária 39 médicos já dispunham seus nomes para o corpo docente, aguardando aprovação e nomeação, entre eles o próprio Dr. Picanço. Em seu planejamento inicial, havia dispositivo legal que permitisse a migração de alunos de Medicina cearenses vindos de outros estados. Ainda assim, o Dr. Picanço adiantava o planejamento para o vestibular já em março do ano seguinte, esperando lançar 60 vagas UFC, 2019; PORTAL DA HISTÓRIA DO CEARÁ, 2019).

Figura 46: Jornal Unitário (dezembro de 1947)



Fonte: Portal da História do Ceará

Em 13 de abril de 1948 o Presidente Dutra e seu Ministro da Educação Clemente Mariani assinaram o Decreto que dava início ao ensino médico em terras cearenses (UFC, 2019). Por meio dele seria criado o Instituto de Ensino Médico do Ceará. Segundo registra o portal de História da UFC (2019) sobre sua implantação e diretoria:

Foi criado assim o Instituto de Ensino Médico do Ceará. O primeiro diretor da instituição foi João Batista Saraiva Leão, professor de Anatomia da Faculdade de Farmácia e Odontologia e a partir daquele momento, titular da cátedra de Anatomia da nova escola médica, sendo o currículo do curso de Medicina implantado. (UFC, 2019)

Já consta na Cronologia Ilustrada de Fortaleza verbete de autoria de Miguel Ângelo de Azevedo (Nirez) em 2005, acessível por meio do Portal da História do Ceará (2019) registra:

1947- junho – 09 – Fundada na residência do médico Jurandir Marães Picanço (Jurandir Picanço), a Sociedade Promotora da Faculdade de Medicina do Ceará, responsável pela instalação da Faculdade de Medicina do Ceará a 01/03/1948, sob a benção de Dom Antônio de Almeida Lustosa, e autorizado o seu funcionamento em 13 de abril e suas aulas tiveram início em 12 de maio. Seu primeiro diretor foi o médico Jurandir Marães Picanço (Jurandir Picanço). (PORTAL DE HISTÓRIA DO CEARÁ, 2019)

Em todo caso, o primeiro vestibular ocorreu no período aprazado, em abril de 1948. As sessenta vagas abertas atraíram 85 candidatos para os exames escritos e orais. A transparência e a lisura do certame eram de suma importância, de forma que foram tornadas públicas. A etapa de provas orais inclusive, ocorria em um grande anfiteatro aberto ao público. Além dos rigorosos examinadores oficiais, os candidatos pareciam ter que satisfazer com seu desempenho e habilidade o escrutínio de uma multidão de curiosos. Dos 85 candidatos inscritos no primeiro exame, 10 foram classificados (FAMED, 2019; UFC, 2019).

A instalação do curso médico do Ceará, mantido pelo Instituto de Ensino Médico do Ceará, se deu formalmente no dia 12 de maio de 1948, pouco mais de 140 anos após a chegada do primeiro curso médico do Brasil. A Aula da Sapiência proferida neste dia pelo professor Alfredo Monteiro, Diretor da Faculdade Nacional de Medicina, dá nome hoje ao Centro Acadêmico do curso de Medicina da UFC (UFC, 2019).

Conforme planejado, após três anos de funcionamento, em 1951, já no governo do Presidente Getúlio Dornelles Vargas e sob o Ministério da Educação Simões Filho, o curso foi reconhecido, conforme lavrado no Decreto n° 29.397 de 27 de março de 1951, passando chamar-se Faculdade de Medicina do Ceará (UFC, 2019).

Juntamente com o reconhecimento do curso médico cearense, aconteceria mais uma expansão do ensino médico no Brasil, entre 1950 e 1966, seriam criadas e implantadas 27 escolas médicas no país. Destacamos desta leva de novas instituições a criação da Faculdade de Medicina de Sorocaba, mantida pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Foi a primeira faculdade de Medicina instalada no interior do país, sendo também a primeira faculdade privada e terceira em funcionamento no estado de São Paulo (BATISTA, 2015).

Os primeiros anos da Faculdade de Medicina do Ceará foram no casarão da praça José de Alencar, vizinho ao Teatro José de Alencar, na esquina da rua 24 de maio, com suas primeiras atividades de prática clínico-cirúrgica na Santa Casa de Misericórdia, nosocômio vizinho fundado em 1861 (DIÁRIO DO NORDESTE, 2011; UFC, 2019; SANTA CASA DE

MISERICÓRDIA DE FORTALEZA, 2019). Anos antes do início do curso o Ceará atravessava grave crise financeira e o Hospital Carneiro de Mendonça, no distante bairro do Porangabuçu (atualmente bairro Rodolfo Teófilo), cuja construção havia sido iniciada em 1944 e interrompida no seguinte ano, estava desde então abandonado. Em 1949, o Governador Faustino de Albuquerque aprovou a transferência da estrutura para ser incorporada ao curso médico. A União, juntamente o então Deputado Federal Paulo Sarasate, assumiram a responsabilidade de juntar recursos federais e verbas de emenda parlamentar e garantindo a retomada das obras e o aproveitamento do equipamento para o ensino médico cearense. Seria o embrião de um futuro hospital-escola, o tão desejado Hospital de Clínicas (BRASIL, 2019; UFC, 2019).

Figura 47: Casarão onde funcionou inicialmente o curso médico da UFC



Fonte: FAMED - UFC, 2019

Apenas em 1952, no Governo Raul Barbosa, seria iniciada a construção da 1ª ala do hospital, destinada à Medicina Interna, e a ala de Doenças Infecto-Contagiosas (o Isolamento), os quais em convênio com o Departamento Estadual de Saúde começariam no mesmo ano a funcionar (BRASIL, 2019; UFC, 2019).

Os registros históricos da UFC (2019) revelam a importância deste equipamento hospitalar para a formação médica, ressaltando o papel exercido anos antes pela Santa Casa de Misericórdia:

Ali foi instalada a unidade de tratamento de doentes portadores de doenças transmissíveis que viria a ser anos depois o Hospital de Isolamento, embrião do

Hospital das Clínicas. Até então, a Santa Casa de Misericórdia era o local de onde se ministravam aulas práticas. Aquela casa de saúde foi de extrema importância para a formação acadêmica de quantos frequentaram suas enfermarias. (UFC, 2019)

O curso de Medicina cearense seguia por entre carências e dificuldades. Para os alunos da primeira turma, o caminho tampouco fora fácil. Se o vestibular para o curso cearense era difícil, o curso não era menos rigoroso. Da primeira turma de Medicina iniciada com 10 alunos, apenas três obtiveram o tão sonhado diploma em 26 de dezembro de 1953: Ana Nogueira Gondim, Hilda de Souza Magalhães e Raimundo Hélio Cirino Bessa (UFC, 2019).

Em entrevista concedida por ocasião dos 70 anos de fundação do curso médico, as experiências do formando Hélio Bessa ficaram registradas no blog criado especialmente para essa celebração:

Os docentes não tinham experiências como hoje, mas tinham uma compensação que ajudou, era a convivência mais aproximada, uma formação quase tutelar. Eram poucos estudantes e o contato dos professores era constante, diário e já servia para orientar muita gente. A aula prática de anatomia, que foi a primeira descritiva do ano, aconteceu na faculdade. Passado as cadeiras básicas, a parte de clínica foi na Santa Casa, a cirúrgica nos hospitais Dr. César Cals e São Lucas. Dr. José Carlos Ribeiro era o diretor e tinha interesse de dar suporte cirúrgico à faculdade de Medicina no Hospital César Cals, por ser a base da parte cirúrgica. Existia mais professores que alunos, a primeira turma iniciou com dez, a segunda com 16, todas pequenas. (Dr. Hélio Bessa, formando da 1ª turma de Medicina da UFC. FAMED-UFC, 2019)

Figura 48: Formandos da 1ª turma de Medicina da UFC

1^{os}. Concludentes



Dra. Hilda Guimarães



Dr. Hélio Bessa



Dra. Ana Nogueira Gondim

Fonte: FAMED – UFC, 2019

O ano de 1954 seria decisivo para o ensino superior no Ceará, especialmente para o curso de Medicina. Antes mesmo da Faculdade de Medicina do Ceará, a Faculdade de Farmácia e Odontologia, curso fundado em 1916, já havia sido federalizada como faculdade desde 1950. Estes dois cursos, juntamente com as Escolas de Agronomia e Direito seriam agrupadas para a criação da Universidade Federal do Ceará (UFC). O projeto de criação da UFC já havia recebido parecer favorável do Conselho Nacional de Educação desde 1953, sendo prontamente encaminhado à presidência, de Getúlio Vargas, que enviou ao legislativo a mensagem nº 391, contendo o projeto de lei da criação entre outros documentos. Apenas no ano seguinte a Universidade Federal do Ceará seria criada, pela Lei nº 2.373, de 16 de dezembro de 1954, assinada já na presidência de João Café Filho (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2019). Seu primeiro Reitor foi o cratense Antônio Martins Filho, que ainda ajudaria a fundar as Universidade Estadual do Ceará (UECE) e Universidade Regional do Cariri (URCA). Por sua importante e contínua contribuição à UFC e ao ensino superior do Ceará viria a ser chamado de Reitor dos Reitores (O POVO, 2000; UFC, 2019).

Neste mesmo ano, 1954, o acervo do Instituto de Ensino Médico do Ceará é repassado à novel universidade. Entretanto, suas atividades só iniciariam de fato em 16 de junho de 1955 (UFC, 2019). Nesse ínterim, ainda em 1954, o do hospital do Porangabuçu fora integrado à Faculdade de Medicina e o prefeito Paulo Cabral transformou a área do hospital, de bem público em bem patrimonial, beneficiando a universidade, garantindo a área onde seria definitivamente instalado o campus de Medicina (UFC, 2019).

Desde 1951, fora criada a Associação Médica Brasileira (AMB), para descomprimir várias das atribuições do CFM, enquanto órgão consultivo. Desta associação, foi criada a Comissão de Ensino Médico, com o objetivo de avaliar a qualidade do ensino nas faculdades (BATISTA, 2015). Em 04 de dezembro de 1956 veio o reconhecimento federal da faculdade de Medicina, sendo criados então 37 cargos de professor catedrático. Assim, antes que terminasse o ano, as obras puderam ser retomadas com mais celeridade, sendo concluídas dentro do planejamento (UFC, 2019).

Em junho de 1957, a faculdade deixaria definitivamente o antigo casarão da rua José de Alencar, no centro da capital para o Porangabuçu, já mais estruturado, na periferia. Assumindo em 1958 sua administração. Ali continuariam a ser construídas obras estruturantes para o curso (UFC, 2019).

Porém, até que novas instalações hospitalares próprias servissem por completo ao curso de Medicina cearense, diversas instituições, além da Santa Casa de Misericórdia, ainda abrigariam seus alunos e professores. Os professores Haroldo Juaçaba, Newton Gonçalves e Paulo Machado resolveram por adaptar o prédio já construído para receber as Clínicas Cirúrgicas. Nessa época iniciaram as atividades o Hospital de Cirurgia, com a Clínica Propedêutica Cirúrgica e a 3ª Clínica. Posteriormente, o professor Paulo Machado trouxe a 2ª Clínica Cirúrgica para o Porangabuçu. Apenas a 1ª Clínica, cujo catedrático era o professor Ossian de Aguiar, permaneceu na Casas de Saúde São Pedro. Enquanto Urologia e Tisiologia continuavam na Santa Casa e a Traumatologia-Ortopedia na Assistência Municipal, atualmente Instituto Dr. José Frota (UFC, 2019). Consta nos registros da FAMED-UFC:

O Hospital das Clínicas em Porangabussu, hoje, Professor Walter Cantídio – em 1955 o Professor Jurandir Picanço participou da construção do Hospital de Isolamento do Estado – na antiga “Barreira”, tornando-se seu diretor. Este espaço foi doado à Universidade Federal do Ceará, pelo Desembargador Faustino de Albuquerque, Governador do Estado à época e que depois transformou-se no Hospital das Clínicas de hoje. A contrapartida do Estado seria a absorção do pavilhão de isolamento, que transformou-se na Cátedra de Moléstias Infecciosas tendo como titular o Prof. Dr. Waldemar de Alcântara. Esta disciplina, mais tarde mudou-se para o Hospital de Doenças Infecciosas São José. (FAMED-UFC, 2019)

O ano de 1959 traria então uma grande conquista para o curso médico da UFC: o Hospital das Clínicas, inaugurado por Juscelino Kubitschek. Embora inicialmente modesto em estrutura, o hospital dispunha dos recursos exigidos para o ensino. A própria Faculdade de Medicina administrou o hospital, de 1958 a 1966, trazendo grande impulso para o desenvolvimento das atividades de aprendizado. Paralelo a esta fase de desenvolvimento, a UFC vivenciava alguns desconfortos a reboque da promulgação da LDB de 1961. Em entrevista ao jornal “O Povo”, de Fortaleza, no ano 2000, o ex-reitor Martins Filho recorda à época. O ex-reitor se referia à “greve do terço” como um episódio desencadeado em 1962 durante e como resultado da vigência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (O POVO, 2019):

Referida Lei trouxe várias inovações, entre elas a prerrogativa da representação dos estudantes nos órgãos colegiados da Universidade. A matéria teria de ser regulamentada em 180 dias, e eu acreditava que entre nós tudo iria se processar da melhor maneira possível, tendo em vista o meu bom relacionamento com os universitários, por mim sempre tratados com o máximo de assistência e cordialidade. Todavia, isto não ocorreu, pois que os nossos discentes, orientados pela União Nacional dos Estudantes (UNE), aceitaram a ideia da radicalização do movimento pró-representação estudantil nas universidades. (Antônio Martins Filho. O POVO, 2000)

O ex-reitor Martins Filho não escondeu em sua entrevista, a relação com o espírito do tempo: “Por outro lado, passamos a viver uma fase de muita efervescência política, fortemente agravada com a renúncia do presidente Jânio Quadros e consequente adoção do governo parlamentarista” (Antônio Martins Filho, O POVO, 2000). Segundo o Professor Martins Filho os universitários pleiteavam uma inserção inédita nos órgãos representativos da Universidade. Como não havendo sucesso nas negociações, irrompeu a greve, ameaçando inclusive, o funcionamento da Instituição:

Pleiteavam os universitários uma participação mais direta na administração da Universidade, exigindo que cada órgão colegiado, inclusive o Conselho Universitário, passasse a ser integrado por um terço de estudantes. Considerado que se tratava de matéria estatutária, esforços foram feitos no sentido de convencer os estudantes de que a questão deveria ser objeto de exame quando se processasse a reforma do Estatuto, nos prazos previstos na Lei de Diretrizes e Bases. As nossas ponderações, todavia, não prevaleceram, pois que os dirigentes estudantis, em cumprimento ao plano elaborado pela UNE, começaram a articular o movimento de sublevação da classe com a finalidade de impor ao Conselho Universitário a imediata aceitação de suas pretensões, com a ameaça de uma greve geral e ocupação de departamentos da Universidade pelos estudantes. Nossos esforços não obtiveram resultado, vez que, no dia 22 de maio daquele ano de 1962, transformando-se em realidade a ameaça dos estudantes, todas as portas das escolas e faculdades amanheceram lacradas, paralisando-se, consequentemente, o funcionamento da Universidade. (Antônio Martins Filho. O POVO, 2000)

Mesmo em meio às conturbadas relações entre estudantes e reitoria, o funcionamento administrativo dos hospitais não seria abalado, mantendo o ensino médico em marcha.

Em 1962 a estrutura do Internato que já estava montada, seria reforçada pelo estabelecimento do Programa de Residência Médica, otimizando o ensino prático e o aproveitamento das possibilidades do equipamento.

As turbulências políticas do período culminariam na instalação do regime militar em 1964, com implicações na política estudantil, associativismo docente e profissional e na própria gestão universitária. O novo governo, de modo autoritário, imporia suas reformas, não apenas administrativas, mas mobilizando arbitrariamente quadros docentes. Ainda assim, a ampliação da estrutura hospitalar seguia. O próprio reitor Martins Filho, declarou não haver percebido grandes dificuldades no setor de investimentos, pelo menos até a presidência do cearense Marechal Castello Branco. Em entrevista ao jornal “O Povo”, de Fortaleza, no ano 2000, o vetusto professor, do alto dos seus 86 anos, relatou sua experiência ao lidar com quatro mandatários da nação. Quando indagado qual deles o havia impressionado mais, respondeu: (O POVO, 2000).

Indiscutivelmente foi o presidente Juscelino, por ter sido o primeiro Mandatário da Nação com quem tive ensejo de dialogar de maneira amistosa. Com ele aprendi, inclusive, a necessidade de fazer sucessivas viagens no Brasil e Exterior, para conseguir meios e assimilar modos de bem administrar a Universidade sob o meu comando. O presidente Jânio Quadros era uma personalidade imprevisível. Certa vez, me surpreendeu, expressando o seu pensamento sobre o princípio da autonomia universitária, em perfeita sintonia com ideias que eu havia defendido numa conferência de reitores. O presidente Jango, no meu entendimento, era um homem bom, muito simples, influenciável, mas sem convicções próprias sobre o problema educacional. O presidente Castello Branco foi, sem dúvida, o que mais colaborou com a Universidade do Ceará, a despeito dos seus escrúpulos de não estabelecer privilégios para o seu Estado. (Antônio Martins Filho, ex-reitor da UFC. Entrevista ao jornal O Povo em 06/06/2000. O POVO, 2000)

Em 1965, após grande campanha, foi construída a Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), além de outras estruturas acessórias que foram sendo agregadas ao longo dos anos atualmente compondo o Complexo Hospitalar do Porangabuçu (UFC, 2019; BRASIL, 2019).

Em 1967, a Faculdade de Medicina é transferida para um prédio vizinho ao hospital. Assim, o Hospital Universitário definiu melhor sua estrutura administrativa, mantendo-se, contudo, hierarquicamente subordinado à Faculdade de Medicina. O complexo hospitalar estruturado e posto sob a condução da faculdade de Medicina produziu grande desenvolvimento para o ensino e para a saúde do Ceará (BRASIL, 2019; UFC, 2019).

O ano de 1968 traria uma grande inflexão para a educação superior no Brasil. A Reforma Universitária estabelecida pela Lei nº 5.540/68, iniciada neste ano propunha a indissociabilidade entre as atividades de ensino, pesquisa e extensão, estabelecia a pós-graduação como uma das tarefas centrais da universidade, o fim da seriação dos cursos e a

determinação de currículo mínimo para os cursos em relação às disciplinas obrigatórias e carga horária mínima. Também definia as unidades básicas dos cursos e da universidade como departamentos, onde especialistas de uma mesma área, ou de áreas afins seriam congregados para desenvolver suas atividades acadêmicas (BATISTA, 2015).

A reforma teve dois princípios norteadores, o controle político das universidades públicas brasileiras e a formação de mão de obra para economia. As transformações na organização das universidades do Brasil, com a Lei 5540, de 28 de novembro de 1968, possibilitou o aumento das matrículas em instituições de ensino superior, principalmente em estabelecimentos de iniciativa privada, permitiu o prolongamento da interferência dos ideais “revolucionários” na educação superior. A Reforma ao declarar a autonomia econômica e didático-científica das universidades públicas, estabelece a escolha dos Reitores ao Presidente da República; cria a unificação das unidades acadêmicas; surge a figura do Departamento; a anulação dos movimentos estudantis; maior interação ensino-pesquisa, a criação da monitoria, o aumento de programas de extensão, atividades desportivas, culturais e cívicas, que viabilizassem a “ocupação” do corpo discente. (ANTUNES, SILVA, BANDEIRA, 2011, p. 1)

Em relação ao curso médico da UFC, a Reforma Universitária de 1968 tornaria a Faculdade de Medicina um curso do Centro de Ciências da Saúde com uma série de alterações. Dentre elas, a partir da nova regra, a matrícula dos estudantes seria feita por disciplina, acabando com a “enturmação”. De forma geral estas mudanças não seriam bem aceitas pela comunidade acadêmica, gerando nela forte resistência (UFC, 2019).

O Blog da FAMED – UFC elaborado em comemoração ao 70º aniversário de fundação do curso registra assim:

Era um ciclo de ouro da Faculdade de Medicina que durou até 1973, quando o regime totalitário implantado no país em 1964 forçou uma reforma universitária tornando a Faculdade de Medicina um curso do Centro de Ciências da Saúde, sendo a matrícula dos estudantes feitas por disciplina, tendo os gerentes do regime conseguido o objetivo: acabar com a enturmação, período negro para a vida acadêmica. (FAMED, 2019)

Concorrente a este período, entre 1967 a 1971, houve nova e relevante expansão do ensino médico no Brasil, a segunda. Somando-se a isto a carência de profissionais médicos para preencher as fronteiras de desenvolvimento econômico, justificou-se o Governo Federal para ampliar em 80% o número de escolas médicas em apenas cinco anos, passando de 40 para 72 no total. A concessão à iniciativa privada foi a solução para atingir esta expansão em tão curto prazo. Se entre os anos 1950 e 1966 foram implantados 27 cursos médicos, sendo 20 cursos públicos e sete privados, de 1967 a 1971 foram criados 32 cursos, desta feita com lógica invertida: foram implantados sete cursos públicos e nada menos que 25 privados. Mais uma vez, acentuou-se a concentração de cursos médicos na região sudeste (BATISTA, 2015).

Nesta época no Cariri, em 1º de maio de 1970, seria inaugurado após longo planejamento o Hospital São Vicente de Paulo, ao lado do Hospital São Francisco de Assis do

Crato, um dos nosocômios mais antigos da região e de fundamental importância para o tema tratado neste estudo, enquanto campo de prática de ensino médico, como veremos no capítulo seguinte. O sonho do ensino médico no Cariri ainda era vago e distante. Sobre sua instalação o site do hospital registra:

Em 1946 a Sociedade Santo Antônio de Barbalha iniciou a construção do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, concluído em 1970 com ajuda da paróquia de Santo Antônio através do então Padre Eusébio de Oliveira Lima, que em seguida o entregou à administração das Irmãs Beneditinas Missionárias de Tutzing nas mãos da Ir. Edeltraut Lerch, vinda da Alemanha, enfermeira especializada em educação, trazida para Barbalha com a missão de ser a primeira diretora do Hospital, juntamente com as Irmãs Alacoque, Alésia, Áurea e Clemens. (SÃO VICENTE, 2020)

Este período mostraria que a expansão do ensino privado estimulado pelo governo se dava concomitantemente à retração do setor público. Ao mesmo tempo em que o investimento federal no ensino superior público era mínimo (não destoando da política de cortes nos gastos públicos em geral), houve intensa supressão de vozes contrárias à administração central e ao regime militar em geral, muitas delas vindas do movimento estudantil e de professores (BATISTA, 2019).

A expansão do setor empresarial de ensino respaldada pelo Ministério da Educação seguia a lógica do mercado, concentrando suas escolas nas regiões mais desenvolvidas do país, especialmente na região Sudeste e não nas que mais necessitavam da formação de profissionais. Ademais, seu modelo pedagógico privilegiava a fragmentação do conteúdo em grande número de disciplinas, distante da concepção integral do processo saúde-doença e tendo como principal campo de formação o hospital-escola. Neste período marcado por grande distensão entre a academia sedenta por autonomia e democracia e o governo autoritário, construiu-se um modelo afastado do francês até então hegemônico. O ensino médico adotaria a partir de então um modelo híbrido entre a universidade alemã e a norte-americana (BATISTA, 2015). À época a grande maioria dos países latino americanos passavam por governos autoritários, ainda assim o Brasil tinha suas particularidades. Sobre a estratégia brasileira, Batista (2015) registra que: “O Brasil foi o único país da América Latina em que essa expansão dos cursos universitários baseou-se em escolas isoladas, na maioria privadas”.

O mesmo autor recorda que, a Associação Médica Brasileira reagiu ao crescimento desordenado das escolas médicas encaminhando documento chamado “Problemática do Ensino Médico no Brasil” ao MEC. Em 1971, foi criada neste ministério a Comissão de Ensino Médico, a qual, baseando-se no relatório da AMB, produziria o “Documento nº1”, subsidiando a emissão de portaria interministerial determinando a suspensão da implantação de novas escolas

médicas. A partir desta portaria a partir do MEC, apenas quatro escolas seriam implantadas: Pontifícia Universidade Católica de Campinas (1976), Universidade Iguazu (1977), Universidade Federal de Mato Grosso (1978) e Universidade Federal da Paraíba – Campina Grande (1979), primeiro curso de Medicina do Nordeste implantado fora de uma capital. Todas estas escolas médicas já tinham seu processo em tramitação no MEC à época da portaria, mantendo sua aprovação. Salvo estes cursos médicos, nenhum seria aprovado até 1987. A partir desta pausa na criação de escolas médicas, a Comissão de Ensino Médico do MEC passou à fase de diagnóstico. Foi elaborada uma estratégia de análise em todas os cursos de Medicina do país, com vistas à homogeneização da formação médica (BATISTA, 2015).

Quanto à gestão dos hospitais-escola não houve grande interferência. Ainda em 1974, novos dispositivos administrativos dariam mais autonomia à Faculdade de Medicina. Foi assinado um convênio entre a Universidade Federal do Ceará (UFC) e a Sociedade de Assistência à Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (SEMEAC), aumentando a participação acadêmica no gerenciamento, o que permitiu maior flexibilidade técnico administrativa daquela unidade hospitalar. Enquanto a vida universitária enfrentava interferências em sua autonomia e funcionamento, o Hospital de Clínicas passava por sucessivas reformas e ampliações em estrutura física e serviços. Com o aumento do número de leitos e a criação de novos serviços o hospital passava aos poucos a se tornar referência não só para a capital, como também para o interior do estado. Na década de 1980, passa a se chamar de Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), homenageando um dos professores fundadores do curso (BRASIL, 2019).

O nome do Hospital das Clínicas passou a ser Walter Cantídio por sugestão do Prof. Danísio Correia, ex-Diretor do Centro de Ciências da Saúde, e a proposta foi levada ao Conselho Universitário pelo Prof. Geraldo Gonçalves, já o Diretor do Centro de Ciências da Saúde, empossado que foi em 1976. (FAMED-UFC, 2019).

Figura 49: Hospital Universitário Walter Cantídio



Fonte: EBSEHR

Figura 50: Reitoria UFC

Fonte: Estudo Prático / Tribuna do Ceará

A avaliação das faculdades de Medicina por parte do ministério tinha por objetivo inicial a qualificação dos cursos médicos. Constava de um questionário e de visitas de comissões às instituições, permitindo reconhecer vários problemas estruturais e pedagógicos, os quais seriam efetivamente atacados por meio de recomendações. Os problemas encontrados ao longo das

avaliações iam da falta de planejamento, de corpo docente à falta de recursos didáticos. Contudo, em que se pese a heterogeneidade do ensino médico brasileiro em termos qualitativos, ainda houve o reconhecimento de que o número de escolas estava aquém do necessário. Este fato seria determinante para a posterior expansão do ensino médico no Brasil (BATISTA, 2015).

De 1987 até o final da década de 1990, 20 novos cursos seriam criados. Destes cursos, quatro seriam públicos, apenas um na região Nordeste, o curso da Fundação Universidade Estadual do Piauí, na capital Teresina. Os outros cursos públicos foram instalados, um em Roraima e dois no interior do Paraná. Pela iniciativa privada, 16 cursos foram implantados. Dois cursos no Centro-Oeste, um no interior de Tocantins, em Araguaína, outro em Cuiabá, Mato Grosso; na região Sul foram criados quatro cursos, um no Rio Grande do Sul e três em Santa Catarina; Mais uma vez a região Sudeste levou a maioria das concessões, dez cursos. Minas Gerais ganharia mais um curso, o Rio de Janeiro mais três e São Paulo a maioria, seis cursos (BATISTA, 2015).

Seriam necessários 20 anos para que o curso médico recuperasse o status de Faculdade, conquista vinda em maio de 1998, aos 50 anos de fundação do curso médico. O então Reitor Professor Roberto Cláudio Frota Bezerra e o Senador da República Lúcio Gonçalo de Alcântara, médico egresso do curso médico da UFC e filho de um dos seus fundadores, Waldemar Alcântara, foram dois incansáveis contendores para o sucesso desse pleito (UFC, 2019). O curso médico da UFC aproveitou este momento de maior autonomia para continuar se aperfeiçoando, repensando seus propósitos acadêmicos e seus processos educacionais. Até o primeiro semestre de 2017 o a Faculdade de Medicina da UFC já havia formado mais de cem turmas de médicos, havendo sido considerada pelo Ranking Universitário do jornal Folha de São Paulo, como 15º melhor curso de Medicina do país e 5º em relação à empregabilidade de seus egressos. O curso médico participa dos principais projetos governamentais na saúde. Seja na extensão, como o Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e Rede Cegonha, nos Programas de Residência Médica e Multiprofissional, seja na assistência prestada por suas unidades hospitalares, atualmente sob gestão da Empresa Brasileira de Gestão Hospitalar (EBSEHR). Ou seja, ensino e assistência à saúde de alta qualidade, em baixa, média e alta complexidade (BRASIL, 2019). No campo do ensino e pesquisa médicos em pós-graduação a UFC ainda conta com:

[...] onze cursos de Mestrado, sendo três Profissionais e seis de Doutorado, sendo um DINTER. Em relação ao Ensino, a Faculdade de Medicina tem tido importante protagonismo nacional desde o período das profundas reflexões que emergiram da Comissão Interinstitucional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM) e que mudaram radicalmente a Educação Médica, assim como sedia o Programa de

Desenvolvimento Docente para Educadores nas Profissões da Saúde (oferecido pela Foundation for Advancement of International Medical Education and Research), especialização *lato sensu*, certificada pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFC. (UFC, 2019)

O retorno ao antigo status além de coroar o cinquentenário da Faculdade de Medicina também deu novo impulso a empresa mais ousada: a expansão do curso para o interior. O projeto iniciado no ano 2000 desfazia a ideia de que a UFC vivia de frente para o mar e de costas para o sertão. Somando-se aos cursos da Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte e da Universidade Estadual de Santa Cruz, na Bahia, criados neste ano, a UFC ainda gestava seu projeto de interiorização (BATISTA, 2015). Com ajuda da UFC, o Brasil entraria no século XXI com uma terceira expansão do ensino, ultrapassando uma centena de cursos médicos. Contudo, o caminho de um curso público encontra percalços bem distintos em relação aos cursos implantados pela iniciativa privada.

Tabela 45: Cursos de Medicina criados de 1808 até 1959

Cursos de Medicina criados de 1808 até 1959		
Regiões do Brasil	Número absoluto	Porcentagem
Norte	01	3,8%
Nordeste	09	13,3%
Centro-Oeste	-	0%
Sudeste	12	44,4%
Sul	05	18,5%
Total	27	100%

Fonte: MEC: 2017

Tabela 46: Cursos de Medicina criados de 1960 até 1969

Cursos de Medicina criados de 1960 até 1969		
Regiões do Brasil	Número absoluto	Porcentagem
Norte	01	2,9%
Nordeste	02	5,7%
Centro-Oeste	03	8,6%
Sudeste	22	62,8%
Sul	07	20%
Total	35	100%

62 cursos desde 1808

Fonte: MEC 2017

Tabela 47: Cursos de Medicina criados de 1970 até 1989

Cursos de Medicina criados de 1970 até 1989		
Regiões do Brasil	Número absoluto	Porcentagem
Norte	01	5,9%
Nordeste	02	11,8%
Centro-Oeste	01	5,9%
Sudeste	10	58,8%
Sul	03	17,6%
Total	17	100%

79 cursos desde 1808

Fonte: MEC 2017

Tabela 48: Cursos de Medicina criados de 1990 até 1999

Cursos de Medicina criados de 1990 até 1999		
Regiões do Brasil	Número absoluto	Porcentagem
Norte	02	11,8%
Nordeste	01	5,9%
Centro-Oeste	01	5,9%
Sudeste	07	41,1%
Sul	06	35,3%
Total	17	100%

86 cursos desde 1808

Fonte: MEC 2017

Tabela 49: Cursos de Medicina criados de 2000 até 2009

Cursos de Medicina criados de 2000 até 2009		
Regiões do Brasil	Número absoluto	Porcentagem
Norte	14	16,7%
Nordeste	24	28,6%
Centro-Oeste	5	5,9%
Sudeste	32	38,1%
Sul	9	10,7%
Total	84	100%

170 cursos desde 1808

Fonte: MEC 2017

Tabela 50: Cursos de Medicina criados até 2017

Cursos de Medicina existentes no Brasil – 2017		
Regiões do Brasil	Número absoluto	Porcentagem
Norte	21	8,5%
Nordeste	56	22,6%
Centro-Oeste	20	8,1%
Sudeste	106	42,7%
Sul	45	18,1%
Total	248	100%

Fonte: MEC 2017

CAPÍTULO IV

Da Interiorização do ensino Superior à Consolidação do Curso de Medicina da UFCA

Tudo tem o seu tempo determinado. E há tempo para todo o propósito debaixo do céu.
[Eclesiastes 3:1](#)

4. FACULDADE DE MEDICINA DO CARIRI

4.1 ENSINO MÉDICO NO CARIRI, UMA ANTIGA DEMANDA

No terceiro capítulo nos dedicamos a reconstruir em específico a história do curso de Medicina público do Cariri desde seu planejamento como expansão do curso da UFC até o período de fechamento da pesquisa. Neste capítulo apresentamos os dados colhidos em fase exploratória, trazendo informações a partir de alunos egressos do curso, docentes e gestores que vivenciaram sua origem e desenvolvimento, bem como uma análise destes fatos e personagens.

O histórico da Medicina na região Cariri cearense percorre longo período, com registros de atividades médicas desde o século XIX. A região percebe desde então uma expansão nos serviços e instalações médicas a partir do primeiro quartil do século XX. Quando da década de 1960 tiveram início as primeiras discussões e movimentos sociais destinados a trazer para a região um curso médico. Desde então esta era uma demanda sempre lembrada nas discussões políticas, sociais e acadêmicas de uma região que vivenciava um crescente populacional e suas complexas transformações. A partir da constituição de 1988, primeiro com seu esboço e depois com os primeiros esforços político-administrativos para a estruturação de um sistema de saúde mais acessível, inclusivo e sobretudo regionalizado, o componente acadêmico tornou-se uma necessidade premente para o desenvolvimento caririense. Contudo, apenas em 1998 tal aspiração ganhou corpo num ambiente político que permitiu a união da iniciativa privada, do poder público e da sociedade em geral para a criação de uma escola médica no Cariri. A Faculdade de Medicina do Juazeiro (FMJ), instalada em Juazeiro do Norte, recebeu seus primeiros alunos no ano 2000. Porém, enquanto instituição privada, a única faculdade de Medicina do Cariri ainda era inacessível a boa parte da população (ESTÁCIO, 2020).

A região do Cariri já contava com algumas instituições públicas de ensino superior e até a Universidade Regional do Cariri (URCA) mas a iniciativa de encampar um curso complexo como o de Medicina a partir da congregação de entes públicos e privados exigiria uma instituição de maior estrutura e experiência na área.

Neste período vários atores se uniram no sentido de motivar a Universidade Federal do Ceará (UFC) a assumir este papel, cumprindo a difícil tarefa de oportunizar à maioria popular

do Cariri o acesso ao curso de Medicina público e de qualidade. O projeto de interiorização das atividades da UFC veio a partir dos anseios da sociedade interiorana que via sua única universidade federal voltada sobretudo para as demandas da capital cearense, deixando desassistido todo o interior do estado.

4.2 A INTERIORIZAÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ (UFC)

Os primeiros ensaios deste processo de interiorização das atividades da Universidade Federal do Ceará se deram na gestão do Professor Roberto Cláudio Frota Bezerra (1995-2003), mais precisamente em 1997 com a instalação de um curso de Direito na cidade de Sobral (231Km de Fortaleza) por meio de parcerias com os governos municipal, estadual e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Com esta nova proposta de implantação a UFC assumia a gestão acadêmica, seleção e formação dos alunos, deixando a estrutura física e recursos pecuniários para pagamento dos docentes às custas de seus parceiros. Em três anos o curso foi incorporado à UVA e a UFC avançou para um plano mais ambicioso, levar cursos de Medicina para o interior.

4.2.1 Curso de Medicina da UFC no interior

No início do século XXI o Brasil registrava 1,72 médico para cada grupo de 1.000 habitantes cumprindo a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Contudo, um olhar mais cuidadoso apontava para distorções na oferta de médicos. No ano 2000 o Estado do Ceará já ultrapassava os sete milhões de habitantes, cerca de um terço deles residiam na capital e dispunham do único curso de Medicina lá instalado (PPC, 2016). Ainda no ano 2003, quando não havia médicos graduados por esses novos cursos interioranos, cinco estados da região Nordeste, perfazendo 55,6% de sua população, registravam menos de um médico por mil habitantes, dentre eles o estado do Ceará (Portal médico, 2003). Neste ano enquanto o estado do Rio de Janeiro registrava uma proporção de 1/302, por exemplo, o Ceará tinha um médico para cada 1.161 habitantes (Portal médico, 2003). Dentro do estado do Ceará era possível notar uma maior concentração dos médicos na capital, em detrimento ao interior: enquanto Fortaleza registrava 1/448 médicos por habitante, no interior um médico servia cada grupo de 3.296

habitantes. Dito de outra forma, a capital contando com 29% da população do estado dispunha de quase 75% do corpo médico ativo (Portal médico, 2002). Esta realidade que se impunha à população sertaneja reforçava o clamor pela criação de cursos sediados no interior do Estado. Sobretudo, com a proposta de formar médicos mais inteirados com o contexto específico do interior e a contemporânea necessidade do sistema de saúde, além de comprometidos com a transformação desta realidade. Passou-se a Considerar a interiorização do ensino médico principalmente como uma medida efetiva contra a carência no número de profissionais médicos no Ceará. Sobretudo quando menos de 50% dos médicos registrados no Ceará haviam se graduado em outros estados (FAMED, 2019).

Vinha de um processo crescente de profissionais atuando aqui que não eram formados no Estado. Os dados eram de que 50% dos médicos registrados no Ceará não haviam sido formados pela UFC. Inclusive, não se conseguia médicos para atuar em saúde da família no Interior. Então, a implantação ocorreu também com esse intuito. Foi uma atitude com certo grau de ousadia para a época, pois as condições orçamentárias eram adversas. O que valeu mesmo para a instalação dos cursos foi a determinação política, a parceria e o entusiasmo dos envolvidos, que foram Universidade, Governo do Estado e as prefeituras locais”, explica sobre o processo de expansão das graduações de Medicina o Prof. Roberto Cláudio Bezerra, reitor da UFC àquela época. (FAMED, 2019)

Havia também, segundo os registros históricos (FAMED, 2009) grande dificuldade para atração dos médicos para a Estratégia de Saúde da Família (ESF), à época Programa Saúde da Família (PSF), uma tecnologia organizativa ainda em construção. Um curso público federal de Medicina consistiria em fomento à melhoria dos sistemas de saúde municipais, incidindo na expansão do número de leitos destinados ao ensino, crescimento da rede hospitalar, desenvolvimento da pesquisa acadêmica e democratização do acesso ao curso médico, uma vez que jovens de menor poder aquisitivo não teriam mais a barreira do deslocamento para a Capital como empecilho. Há de se considerar também a barreira econômica como limitante. A oferta de curso médico no Cariri já havia, porém às custas de mensalidades incompatíveis com a maioria popular. Em entrevista com o médico Dr. Francisco Rommel Feijó de Sá, importante ator na história do curso médico de Barbalha, percebe-se o perfil do médico caririense formado nas capitais. A conversa ambientada em um café entre Barbalha e Juazeiro do Norte foi uma especial concessão na agenda do ocupadíssimo médico, após várias tentativas frustradas pelos imprevistos no agitado cotidiano do médico e político. Contudo, o clima da conversa surpreendeu pela tranquilidade e paciência do ex-deputado. Ressalte-se também seu interesse, até paixão pelo tema:

[...] fiz minha formação em Recife [...] meu pai tinha que comprar um apartamento [...] ou me dar o dinheiro pra morar numa república. Como meu pai tinha muito dinheiro e era financista, ele disse: vou é comprar um apartamento em Recife, não vou

gastar dinheiro com aluguel. Quando você se formar que vier embora eu vendo e vou ganhar meu dinheiro. Recife *óh* (exprimindo admiração), construções e mais construções de edifícios e os estudantes indo para o Recife. Os pais que tinham condições comprando. (Informação verbal)³

Para além do avanço nos campos acadêmico e da saúde, a implantação de tal equipamento consistiria também em uma política de incentivo ao desenvolvimento regional. Esse horizonte vislumbrado com a implantação dos cursos interioranos animou todo o estado. No Cariri “A euforia logo impregnou, face às possibilidades, os envolvidos, futuros alunos, professores, técnicos e moradores das cidades” (FAMED, 2019).

Foi uma atitude com certo grau de ousadia para a época, pois as condições orçamentárias eram adversas. O que valeu mesmo para a instalação dos cursos foi a determinação política, a parceria e o entusiasmo dos envolvidos, que foram Universidade, Governo do Estado e as prefeituras locais”, explica sobre o processo de expansão das graduações de Medicina o Prof. Roberto Cláudio Bezerra, reitor da UFC àquela época. (FAMED, 2019)

O Estado do Cariri

Este ambiente de entusiasmo coincidia e realentava antigas aspirações da sociedade caririense. Em entrevista com o médico Dr. Francisco Rommel Feijó de Sá surgem fragmentos deste sentimento. Dr. Rommel Feijó elegia-se para seu primeiro mandato na câmara dos deputados pelo Partido da Social Democracia Brasileiro (PSDB), mesmo partido que elegia presidente da república e governador de seu estado em 1994. Ele lembra do seu entusiasmo de então: “Ao me eleger deputado federal em 1994 nós tínhamos projetos estruturantes aqui para a região do Cariri” (Informação verbal)⁴. Dr. Rommel Feijó, como é mais conhecido, é juazeirense, mas radicado em Barbalha. Foi deputado federal e prefeito de Barbalha e embora não exerça cargo público atualmente ainda é referência política na região caririense. Dr. Rommel revela uma diversidade de projetos para a região. Havia planos de proteção ambiental da chapada do Araripe (Floresta Nacional do Araripe - FLONA), bem como “[...] de trazer recursos para fazer a região se desenvolver, gerar empregos, etc... e também trazer a faculdade da região do Cariri” (Informação verbal)⁵. Dr. Rommel revela em entrevista planos mais audaciosos:

[...] na realidade a gente estava querendo era o Estado do Cariri não é?! Era um sonho muito antigo e a gente *tava* achando que tinha chegado a hora. Com aquela nossa juventude, a gente queria realmente formar o estado do Cariri. Esse estado *compreendia* parte da Paraíba, do Piauí, do Ceará e do Pernambuco. E, não sendo

³ Entrevista concedida por Dr Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

⁴ Idem.

⁵ Idem.

possível esse estado *né*, nós partimos para a nossa universidade federal da região do Cariri e fomos apresentar o projeto. (Informação verbal)⁶

Dr. Rommel adiciona que à época, em 1994, preparava-se para juntamente a Reginaldo Duarte, suplente de senador em exercício, apresentar o projeto na câmara dos deputados. Contudo, em conversa com o experiente deputado federal Osvaldo Coelho⁷, de Petrolina, mudou sua estratégia.

Seu colega deputado havia conseguido oficialmente a faculdade do Vale do São Francisco oficialmente junto ao então presidente Fernando Henrique Cardoso (FHC). Dr. Rommel recorda a conversa com o parlamentar.

Fomos conversar com ele, eu e Reginaldo. Ele disse “olhe, é um sonho nosso, de Petrolina, ter uma universidade federal lá. E aí me botaram como relator de uma coisa muito importante do governo federal, se eu não me engano era a reforma da educação [...] mexia com tudo, inclusive com esse negócio de *extensão* (expansão?) universitária etcetera”. Aí ele foi o relator e o Paulo Renato de Souza (Paulo Renato Costa Souza, ex-ministro da Educação do então governo FHC), que era o ministro na época, queria demais e ele negociou. Ele disse “eu faço tudo que você quer Paulo Renato e você assina a minha faculdade, aliás, a minha universidade do Vale do São Francisco!” E ele contou essa história pra gente. (Informação verbal)⁸

As dicas do deputado Osvaldo Coelho, segundo Dr. Rommel Feijó, ainda foram mais precisas.

E ainda disse mais “não adianta você botar um projeto para criação de universidade federal na câmara porque os outros parlamentares vão fazer emendas querendo uma para a sua região também. Aí inviabiliza tudo, como eu fiz e inviabilizou. Eu passei cinco, seis anos aqui lutando pela faculdade por essa via e quando terminou já tinha bem seis ou oito deputados federais de outros estados nordestinos querendo também. Aí o ministro me chamou e disse: olhe, isso aqui não pode, não pode passar. Não podemos abrir oito universidades ao mesmo tempo!” (Informação verbal)⁹

De fato, o deputado federal Dr. Rommel e o senador da república Reginaldo haviam entrado com tal proposta em suas respectivas casas legislativas sem sucesso: “[...] nenhuma das duas prosperou porque tanto no senado quanto na câmara aconteceu o que o deputado federal de Petrolina, Coelho, havia nos dito” (Informação verbal)¹⁰.

Com a Caneta na Mão!

⁶ Idem.

⁷ Osvaldo Coelho cumpria mandatos como deputado federal desde 1967, havendo sido inclusive constituinte em 1987. Exercia a política desde 1955 em diversos cargos públicos. Foi filiado aos partidos PSD, ARENA, PDS, PFL e morreu como deputado em 2015 no DEM.

⁸ Entrevista concedida por Dr Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

⁹ Idem.

¹⁰ Idem.

Dr. Rommel e o Senador Reginaldo não esmoreceram e esperaram dois anos e meio até que surgisse melhor oportunidade. Esta oportunidade chegaria em alto nível. Durante um voo para Brasília depois de reeleito:

Quando me elegi deputado federal em 1998, segundo mandato de outubro, voltando para Brasília depois de eleito [...] chegou na minha poltrona o reitor da Universidade Federal do Ceará (UFC), Dr. Roberto Cláudio. Ele soube que eu tinha sido escolhido relator das áreas de saúde, trabalho e assistência social para o orçamento (Orçamento Geral da União) de 1999, ano seguinte. (Informação verbal)¹¹

Investido pelo poder de relatoria de orçamento o deputado fora fulminado de energia e confiança pela chance de finalmente emplacar seu projeto. Mas precisava implementar uma estratégia concertada com várias forças. O encontro informal com o reitor fora decisivo: “Eu tava com a caneta na mão, a comandar os dinheiros do ano de 99 no Brasil nestas três áreas. Eu era o relator escolhido pelo meu partido” (Dr. Rommel Feijó. Entrevista, 5’10”). Apesar de não oficial o bem informado reitor surpreendeu o deputado relator que há apenas dez dias havia sido indicado. Dr. Rommel descreve a descontração e a aparentemente despreziosa conversa:

Aí tô na minha cadeira lá atrás [...] ele encosta: “Oi Rommel!” (saudou o reitor). “Óhh professor” (responde o deputado). Ele era na época secretário do Conselho Nacional de Reitores, então ele tinha que tá toda semana em Brasília, entendeu a história? Secretariando as reuniões dos reitores. E ele viajava sempre e a gente conversava sempre, mas nesse dia ele chegou decidido! Aí disse: “Eu soube que você foi escolhido relator da saúde, etcetera e tal. [...] precisamos conversar sobre a Universidade Federal do Cariri”. [...] eu disse, excelente! O assunto voltou quente né! (Informação verbal)¹²

Contudo, o reitor ainda pregava cautela. Segundo o deputado, Dr. Roberto Cláudio teria dito: “[...] mas ainda não podemos falar em universidade. Com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) [...] a universidade em Fortaleza pode abrir uma *filial* onde ela quiser no Estado do Ceará (Informação verbal)¹³. Referia-se o reitor de forma coloquial ao modelo de expansão universitária.

Um embrião de uma universidade

O reitor Roberto Cláudio alegava os altos custos de se implantar uma estrutura de universidade federal no Cariri como impeditivos. Mas, como consolo, garantia a viabilidade de uma faculdade, desde que justificada sua necessidade. Dr. Rommel descreve a proposta do reitor. Teria ele dito: “vamos botar a faculdade de Medicina lá e ela será um embrião de uma universidade no futuro. Dr. Rommel animou-se com a ideia, pois orbitava sua área de ação e influência: “Aí eu olhei, ri e disse: Poxa, o negócio caiu no meu colo! É desse jeito doutor? Ele

¹¹ Idem.

¹² Idem.

¹³ Idem.

disse: ‘é desse jeito!’ (Informação verbal)¹⁴. O reitor elencou seus argumentos evocando poderosos argumentos recordados pelo Dr. Rommel:

[...] “o Ceará precisa demais disso aí!” Ele disse: “no Ceará hoje formamos em torno de 120 médicos na UFC em Fortaleza e no Conselho Regional de Medicina (CRM) mais de 200 se inscrevem. [...] Anuais!”. Ou seja, seria necessário importar médicos. Ele tinha esse número [...] pelo registro histórico dos últimos dez anos se registrava muito mais do que se formava no Ceará. Minas Gerais, Rio Grande do Sul [...] tinham nove ou doze universidades federais, esses números *tão* meio... já tem um certo tempo (ri desconcertado), e o Ceará uma! Então, nós do Ceará estávamos mandando mão de obra desqualificada para o Sul e Sudeste do país, Sudeste principalmente [...] e o Sul e Sudeste mandando mão de obra qualificada às nossas custas, porque o dinheiro no Brasil é de todos! E o Brasil tava investindo mais no Sul e Sudeste nessas universidades federais entendeu? (Informação verbal)¹⁵

Outro forte argumento do reitor, segundo Dr. Rommel Feijó, remetia ao contexto de implantação de um modelo de saúde inovador, ainda piloto à época. O reitor enumerava em cerca de 700 postos de saúde que deixavam de abrigar o Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), por falta de médicos. Dr. Rommel relembra a preocupação do reitor. Teria ele dito: “[...] se a gente começar hoje com cem médicos, daqui a seis anos vamos soltar os primeiros cem e daí a mais seis anos serão mais seiscentos, então justifica você formar esses médicos aqui”. (Informação verbal)¹⁶. Ainda, recorda o Dr. Rommel, Dr. Roberto Cláudio lembrava também da carência da região Norte do estado onde havia uma forte estrutura hospitalar, a Santa Casa de Misericórdia de Sobral, administrada pelo padre Zé Linhares.

Mas, ainda assim, o deputado recorda que na mesma interlocução o reitor já anunciaria resistências ao projeto. Não em Brasília, campo de atuação do deputado, mas no seio da universidade em Fortaleza, na própria comunidade científica da UFC. Teria dito o reitor ao deputado:

Você sabe que todo ano tem eleição e existe um certo controle eleitoral por parte de algum, de alguma ideologia dentro da universidade. Esse pessoal não vai querer perder poder botando uma faculdade lá perto, porque seus professores vão ficar longe. Então, na hora de escolher, se esses professores não vierem votar? E aí? (Informação verbal)¹⁷

Segundo Dr. Rommel a comunidade acadêmica, o corpo docente da UFC, era cética em relação à expansão dos cursos para o interior, posto que era uma novidade e poderia escapar-lhes ao controle. O deputado lembra ainda que o próprio reitor trazia de Fortaleza indagações tais como: “como é que nós vamos colocar uma faculdade de Medicina no Cariri, que nem

¹⁴ Idem.

¹⁵ Idem.

¹⁶ Idem.

¹⁷ Idem.

hospital tem?”, “vai ter que construir um hospital universitário lá, etc... *onde* nosso hospital aqui em Fortaleza, o Walter Cantídio, carece de tal equipamento, etc...” (Informação verbal)¹⁸. Sensibilizado, Dr. Rommel refletira: “tem uma certa lógica. Como é que você vai dar um passo maior que as pernas? Se você ainda nem concluiu o hospital daqui (de Fortaleza)? A faculdade já existe a tantos anos...” (Informação verbal)¹⁹. Assim, o deputado relator indaga ao reitor do que ele precisaria para Fortaleza. O reitor seria direto no número: cinco milhões de reais! “Pois tá nas suas mãos! Esses cinco milhões vão para a UFC, OK?” (Informação verbal)²⁰. A partir deste acordo verbal cabia esperar. Segundo Dr. Rommel Feijó, logo o reitor dr. Roberto Cláudio deu retorno após reunir-se com os céticos: tudo resolvido. “acabou o discurso do pessoal, o pessoal não podia mais se opor né? [...] a razão deixou de existir!” (Informação verbal)²¹. Após destinar a soma prometida por meio de sua relatoria para a UFC em fortaleza o diálogo com o reitor Roberto Cláudio engrenaria ainda mais. A partir de então já se discutia um provável modelo tripartite para a consecução deste plano.

Segundo o planejamento oficial, seria de fato adotado nestes centros de ensino um modelo de expansão do curso de Medicina da UFC, o modelo *Multicampi*, mantendo conexão direta com o curso central em Fortaleza. As turmas do interior seriam menores e seguiriam currículo e Projeto Político Pedagógico (PPP) prescritos na capital, partilhando inclusive com o curso mãe docentes que se deslocariam até o interior para garantir o início de suas atividades (QUEIROZ, 2011, p.12-13). O projeto político pedagógico em si já configurava um grande desafio e há algum tempo já motivava gestões em torno de sua reformulação.

4.3 UM CURSO NOVO, UM CURRÍCULO TAMBÉM RENOVADO

O curso de Medicina em si já seria uma benfazeja novidade para qualquer região. Após concluídas as fases político-administrativas para a instalação do curso a expectativa se voltava para como seria o funcionamento do curso. O currículo do novo curso, posto em ação, é que moldaria a face desta nova Medicina, influenciando não apenas seus graduados, mas o corpo médico e de saúde em seu entorno. Cada um dos médicos atuando na região caririense, por óbvio, haviam se formado em outras localidades e em outra época, pelo menos seis anos antes.

¹⁸ Idem.

¹⁹ Idem.

²⁰ Idem.

²¹ Idem.

Era esperado um curso que conectasse a região do Cariri ao mundo, mas sobretudo que fizesse frente à grave problemática nacional na área de saúde e suas representações especificamente regionais. Mesmo antes de sua expansão, o curso de Fortaleza já se movimentava em torno de reflexões sobre o currículo e sua capacidade de dar respostas às transformações sociais e econômicas do período de redemocratização.

4.3.1 Reflexões e ações a partir da nova constituinte

Desde a década de 1980, fatores de ordem política, econômica e social convergiam para a necessidade de uma reorganização dos serviços de saúde no Brasil, o que culminou com o movimento chamado Reforma Sanitária. Seus princípios foram contemplados na constituição de 1988 e sua legislação complementar com a construção do Sistema Único de Saúde - SUS. Dentre os seus princípios, o da regionalização traduzia um esforço de municipalização da saúde com a implantação dos Sistemas Locais de Saúde – SILOS, na tentativa de superação da dicotomia entre dois modelos de prestação de saúde até então paralelos: Um modelo individual e curativo e outro coletivo e preventivo, mais relegado às políticas campanhistas. Esta tarefa partia da concepção de um processo saúde-doença como um todo indivisível e exigia um perfil de médico com formação mais abrangente e com disposição para aventurar-se fora do eixo *hospitalocêntrico* e tornar-se mais humano, cidadão e mais próximo aos núcleos familiares e comunidade.

A década de 1990 testemunhava a estruturação de um Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, permeado de refrescantes ideias e sentidos filosóficos humanitários e solidários. Havia, segundo a análise pedagógica dos docentes da UFC à época, uma certa inadequação do profissional formado em nossas escolas para atender às necessidades e às exigências de nossa sociedade (PPC, 2001).

Escolas médicas de países mais desenvolvidos já reformulavam seus processos de formação médica premidos pela transição de seus sistemas de saúde de complexidade e demanda financeira crescentes, o que apenas refletia a própria evolução da sociedade. No Brasil, a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), em seu XXVIII congresso, realizado em Cuiabá-MS em novembro de 1990, uniu-se ao Conselho Federal de Medicina (CFM), na criação de um grupo de trabalho, com o objetivo de avaliar o ensino médico no

Brasil. Dentro de uma proposta de pluralidade de opiniões foi criada então a Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), composta por, além da ABEM e CFM, pela Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, Associação dos Docentes do Ensino Superior, Conselhos de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselho Regional de Medicina dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo, sendo posteriormente (1998) integrada também pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). Seu papel seria articular técnica e politicamente o movimento de reforma do ensino médico.

Numa primeira fase deste projeto 76 das 80 escolas médicas então existentes no Brasil participaram e foram objeto de análises técnicas nos aspectos político-administrativos, econômicos, referentes aos recursos humanos e materiais, modelo pedagógico adotado pela escola, seu papel na assistência e na pesquisa e ainda, ao grau de adequação do médico recém-formado às demandas sociais (PPC, 2001).

Este diagnóstico seria aprofundado em uma segunda fase por meio instrumentos criados para avaliação individualizada de cada escola compreendendo de três grandes linhas: avaliação docente, avaliação do modelo pedagógico e avaliação discente, elementos preciosos, para que cada faculdade pudesse identificar internamente elementos críticos para reflexões pedagógicas. O resultado destas avaliações revelava a dimensão da heterogeneidade da realidade brasileira a qual um currículo único jamais seria capaz de atender.

Para a avaliação do modelo pedagógico, foi proposta a metodologia de planejamento estratégico a ser desenvolvida em cada escola, de modo que, no contexto de cada realidade, fossem criadas condições para a transformação do ensino médico, articulando-o a um novo paradigma educacional que viabilizasse a formação do médico adequado às necessidades da sociedade. (PPC, 2001)

Desde sua incorporação como curso federal em 1951 a Faculdade de Medicina da UFC, promovia mudanças curriculares para adaptação aos tempos sempre atenta às melhorias da qualidade do ensino. A introdução do internato, a inserção o aluno na comunidade por meio do Instituto de Medicina Preventiva – IMEP (projeto que foi extinto a partir do Golpe Cívico-Militar de 1964, assim está descrito no documento do PPC), a introdução do ciclo básico, do sistema semestral e de créditos, na Reforma Universitária de 1973, e outras mais pontuais foram mudanças instituídas ao longo de sua história (PPC, 2001).

A Faculdade de Medicina da UFC aderiu ao Projeto CINAEM desde o seu início em 1990 ciente da relevância do trabalho de diagnóstico e reformulação do ensino médico no Brasil.

A partir de 1995 o curso médico da UFC abriu discussões com as comunidades interna e externa sempre levando seus resultados e propostas aos congressos da ABEM, conforme publicados em seus anais, bem como também os publicava na imprensa leiga local. Logo ficava claro que as reformas necessárias não poderiam se limitar apenas à grade de conteúdos curriculares, mas deveria reelaborar todo o processo ensino-aprendizagem contido no conceito de currículo. Neste âmbito, os objetivos do curso, as competências a serem desenvolvidas pelos estudantes, as metodologias, atitudes de alunos, professores e funcionários detentores de cargos administrativos na universidade e nos ambientes de treinamento seriam objetos de revisão e reformulação (PPC, 2001). Batista (2015) considera que a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, promulgada em 1996, trouxe mudanças significativas na concepção e acesso à educação. Na educação superior trouxe uma perspectiva ampliada de currículo, superando a simples representação centrada na listagem de conteúdos disciplinares e sua distribuição sequencial e linear ao longo do curso (tradição do currículo mínimo), possibilitando a introdução e desenvolvimento da Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) nos cursos de graduação. Com sua implantação o currículo ganharia flexibilidade, diversidade e qualidade ao deixar para trás as prisões (grades) curriculares. Este passo garantiria uma maior velocidade à formação médica num cenário de rápidas transformações científicas e profissionais. Em 2014, as DCN promulgadas trariam ainda uma maior consolidação de princípios filosóficos e ético-profissionais para a formação médica contidas num Sistema Único de Saúde (SUS) já em marcha (BATISTA, 2015).

Traçar um novo caminho curricular exigiria um claro projeto de curso e, em comparação deste com estrutura pedagógica vigente, transformar cada aspecto ultrapassado para atingir, senão o ideal, o possível.

4.3.2 O perfil do médico em questionamento

O primeiro passo foi estabelecer de forma dialogada um perfil ideal do médico que melhor se adequaria à realidade local. A partir de encontros entre a coordenação do curso de Medicina, diretoria do Centro de Ciências da Saúde e pró-reitoria de graduação com chefes de departamentos acadêmicos ou seus representantes, representantes do Centro Acadêmico, representação do Hospital Universitário e também várias entidades representativas foi criado um Grupo Executivo Interno para a construção deste conceito. As entidades ouvidas neste processo foram: Secretaria de Saúde Do Estado do Ceará, Escola de Saúde Pública, Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde (CONESSEMS) e Associação dos Municípios

do Estado do Ceará (AMECE). Nestas reuniões entre docentes, discentes e gestores em saúde em seus vários níveis, além do papel do médico projetado para um cenário repleto de variáveis ao exercício da profissão no presente e futuro próximo, a própria estrutura do curso de Medicina foi também submetida a críticas (PPC, 2001).

O panorama que se descortinava para o exercício da Medicina, em um horizonte de 20 anos, trazia profundas transformações sociais e profissionais a partir da construção de um modelo de saúde inclusivo amplamente, o SUS (Sistema Único de Saúde). Após uma primeira formulação interna sobre o perfil profissional do médico foi elaborado um roteiro diagnóstico percorrendo tópicos cruciais para o conhecimento mais preciso da problemática envolvida: população e perfil epidemiológico, saúde pública, mercado de trabalho avanços da Medicina, relações medicina/sociedade e educação/universidade. Para abordar temas tão abrangentes foram formados grupos de profissionais reconhecidos nas áreas de Planejamento, Epidemiologia, Informática, Filosofia, Jornalismo, Sociologia e Medicina por representantes de entidades médicas, docentes, empresários, diretores de hospitais universitários e públicos e também parlamentares. Ao todo 23 entrevistas foram realizadas e discutidas com o Grupo Executivo Interno e os chefes de Departamentos da Faculdade de Medicina para a consolidação deste “Perfil Ideal do Profissional Médico” (PPC, 2001).

Com um ideal de médico em perspectiva foram encaminhadas então as discussões sobre diretrizes para um novo currículo. Todo este ideal deveria ser confrontado com o perfil epidemiológico do estado. Foram formados Grupos de Trabalho que subsidiados pelas informações já colhidas partiram para a definição das diretrizes gerais e setorializadas em relação a estudantes, professores, metodologia, conteúdo e avaliação (PPC, 2001). O ponto de partida para estas diretrizes seria a definição de competências profissionais, em termos de domínio de conhecimentos, habilidades e atitudes por parte do médico em sua graduação. Nesta fase foi fundamental a colaboração dos professores das áreas específicas em que cada competência deveria ser desenvolvida (PPC, 2001).

Neste momento chegou-se então inevitavelmente num ponto de inflexão entre o ideal desejado e o currículo vigente, onde tornava-se clara a necessidade de reformar o currículo. Dois aspectos neste sentido afloraram de forma mais vívida como críticos ao desejado processo de formação médica: a metodologia e os cenários de treinamento.

4.3.3 Os Grupos de Estudo e a análise do currículo frente ao novo cenário da saúde

Foram formados Grupos de Estudo sobre as temáticas específicas: metodologia, integração com a comunidade e modelos de currículo. Na busca por ampliar sua visão nestes pontos chave a UFC buscou ainda outras parcerias. Com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES e por meio de seu Programa de Professor Visitante Estrangeiro foi contratado o professor Andrea Caprara, médico com doutorado em antropologia pela Universidade de Montréal que prestou consultoria em currículo médico nos anos letivos de 1998 e 1999.

Havia à época um momento de maior desenvolvimento da consciência social em relação aos direitos civis estimando-se que se consolidaria nos 20 anos seguintes com importante influência em relação ao exercício da Medicina. Vivia-se já um movimento de transição epidemiológica com substanciais modificações nos perfis de morbimortalidade da população brasileira. No Brasil entretanto, a realidade seria ainda mais desafiadora:

Embora processo semelhante tenha ocorrido nos diversos países industrializados do mundo, já a partir das primeiras décadas deste século, entre nós este fenômeno traz uma marca particular, própria das sociedades periféricas ou subdesenvolvidas como a brasileira. Persistem simultaneamente como causa importante de doença e morte em significativos contingentes populacionais, especialmente nos estratos ou nas regiões mais pobres, as enfermidades infectocontagiosas e emergenciais. (PPC, 2001)

A tendência de mudança dos contingentes populacionais, com a diminuição da natalidade e aumento da expectativa de vida atrelados a avanços tecnológicos na saúde, aumento da urbanização e melhoria na infraestrutura das cidades seria de diminuição na mortalidade infantil e crescimento da parcela populacional na terceira idade. O aumento da população de idosos alertava para o aumento de doenças crônico-degenerativas e psicossomáticas, influenciado por novos hábitos de vida, doenças infectocontagiosas emergentes e reemergentes perfazendo um novo perfil epidemiológico para o estado. De fato, a existência desta polarização epidemiológica, marca de um país dividido entre a “modernidade” das doenças crônico-degenerativas emergentes e o “atraso” das doenças infectocontagiosas há muito superadas em países mais desenvolvidos, impõe um grau a mais de dificuldade na concepção de um ideal de médico para lhe fazer frente. A Pró-Reitora de Graduação, Elza Maria Franco Braga, observava a realidade social nascente no século XXI como grande motivadora da busca por uma formação de profissionais competentes e comprometidos. Alertava ela “[...] em pleno século XXI, ainda padece (a realidade social) de endemias crônicas” (PPC, 2001).

O Programa Saúde da Família – PSF, hoje Estratégia de Saúde da Família – ESF desenvolvido pelo Ministério da Saúde desde 1994 tinha como premissas não só as atividades curativas, mas de prevenção e promoção da saúde. Esperava-se do profissional médico uma prática mais humanizada e resolutiva em relação às necessidades assistenciais básicas da comunidade integrando-se de forma inteligente aos níveis secundário e terciário, tradicionalmente sobrecarregados. Para tanto, seria de capital importância a capacidade de integrar-se a uma equipe multidisciplinar e de mobilizar a própria comunidade nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Compreender a comunidade a partir de seus núcleos familiares, saberes e fazeres, seu vínculo com o local de moradia deveriam passar a integrar a gama de pontos de interesse de um currículo moderno e transformador. O pioneirismo do Ceará a partir da experiência de ações governamentais como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS implantado anteriormente foi fundamental no esforço de implantação do PSF. No ano de 2001 97% dos municípios já eram cobertos pelo PSF já integrado ao PACS tornando o estado um grande campo de estudos para Medicina de Família e Comunidade e a reflexão dessa prática (PPC, 2001). A já aludida carência de recursos humanos nas cidades menores e menos equipadas não só desafiava a consolidação do SUS, mas também pressionava a academia por uma nova formação médica. A superação da referida dicotomia entre ações preventivas e curativas se impôs então como “[...] tema obrigatório de ensino, para todos aqueles que entendem a atividade universitária como indissolúvelmente ligada a sociedade na qual está imersa, que a mantém, e para a qual devem retornar os frutos de seu trabalho” (PPC, 2001).

Do ponto de vista das áreas científica e tecnológica havia rápido progresso, inclusive em relação ao acesso à informação e comunicação, a crescente tendência à urbanização transformava as relações sociais e a consciência da sociedade. O termo cidadania rapidamente recobrava seu significado. Seria justo que houvesse transparência sobre a área da saúde e que fosse exercida uma fiscalização maior. Neste ponto, além do desenvolvimento dos aspectos técnicos científicos para fazer frente às medidas preventivas e curativas dirigidas à maioria popular e seus mais recorrentes problemas, seria necessário avançar nos aspectos humanos, éticos e da comunicação. Como motor destas transformações a universidades por meio da formação, da pesquisa e da extensão pressupunha uma consolidação de sua autonomia. Seria de capital importância defender não só a área da saúde, mas também a universidade pública da retirada de investimentos e afastá-las dos ímpetus de privatização e terceirização que frequentemente se difundia na mídia e em setores políticos como prescrição para os males do

nosso país (PPC, 2001).

O Professor Henry de Holanda Campos, então diretor da Faculdade de Medicina, fazia uma pertinente crítica da educação médica dos últimos trinta anos no Brasil e no exterior, alertando para a necessidade de reformulação da proposta curricular. Para o professor estava clara e posta a necessidade de individualizar o currículo do curso médico de acordo com sua realidade. Portanto, encarava a necessidade de reformulação do PPC tanto como desafio quanto oportunidade de resgatar a visão do contexto na qual a faculdade estava inserida, fazendo deste o ponto de partida para seu aperfeiçoamento. A nova proposta de ensino, longe de ser definitiva, permitiria uma aprendizagem dinâmica, com reajustes e reformulações de seus princípios norteadores ao longo do tempo. E arrematava:

A velocidade de geração do conhecimento e as transformações sociais determinam que “a estagnação é antipedagógica e anti-cultural”. Devemos conferir à missão de educar uma concepção mais ampla, de construção da cidadania, que culmine na redução do fosso entre a produção do saber e as necessidades da população. (PPC, 2001).

O passo seguinte a essa reflexão seria a análise detalhada do modelo pedagógico vigente. Após as etapas de discussão interna já descritas restava por parte da comunidade acadêmica um certo sentimento de inadequação do modelo antigo frente aos desafios projetados. Alguns aspectos foram identificados como indesejáveis. Havia carga horária mal distribuída e incorreções na sequência das disciplinas levando a subutilização do tempo letivo. Também se verificou a falta de integração entre as disciplinas básicas e profissionalizantes, até dentro de um mesmo semestre, produzindo um hiato pedagógico no plano teórico-prático. A permanente fragmentação do currículo deveria ser enfrentada, pois as disciplinas portavam-se como ilhas pedagógicas incomunicáveis reduzindo a coerência o curso de Medicina. As metodologias utilizadas valorizavam fortemente a teorização e mesmo nas aulas práticas havia poucas condições para a melhor aplicação da teoria conexão com fazer médico:

O aluno assume um papel totalmente passivo no processo de ensino- aprendizagem, o que não favorece o desenvolvimento, no futuro profissional, da capacidade de análise e de decisão, da criatividade e da responsabilidade pelo autodesenvolvimento. Além disso, são poucas as oportunidades de treinamento em equipe. (PPC, 2001)

O ciclo profissional e campo de práticas estava fortemente calcado no complexo HUWC/MEAC (Hospital Universitário Walter Cantídio/Maternidade Escola Assis Chateaubriand) desenvolvendo-se principalmente no nível terciário de atenção à saúde em detrimento ao treinamento em nível primário (PPC, 2001). Esse modelo, segundo a crítica contida no próprio PPC de 2001, privilegiava a Medicina curativa e a especialização precoce,

com uma formação centrada na relação médico/professor e distanciada do paciente e das comunidades em confronto com o ideal de currículo para uma sociedade em transformação.

Outro ponto crucial residia na avaliação. As avaliações eram caracterizadas pelo processo de memorização e repetição, tendo como principais fontes de informações anotações de aulas tomadas com o professor (PPC, 2001). Os alunos descreviam as avaliações como estressantes e também o próprio currículo não era submetido a avaliação.

Quanto à ambiência externa ao curso de Medicina havia fatores de promoção do ideal formativo, mas também ameaças a serem superadas. A tendência mundial dos sistemas de saúde evoluía para a valorização do médico generalista e da Medicina Comunitária provocando novas demandas para o ensino médico, o que já se refletia em prestigiadas universidades que já reconsideravam seus paradigmas e metodologias. Contudo, havia ainda forte resistência no meio profissional externo, na medida em que o aluno parecia ser tragado por um meio sociocultural corporativista que impunha essa tendência à subespecialização. Partindo do panorama político os ares de liberalismo econômico desfavoreciam os esforços em direção a uma formação renovadora.

A política do Governo Federal, com indícios de privatização das universidades e redução de verbas para a saúde e para a educação, se coloca como grave ameaça às mudanças que fazem necessárias, enquanto se revelam favoráveis, as parcerias com o Governo Estadual, a Escola de Saúde Pública/CE e os Governos Municipais e a possibilidade de novas alianças. (PPC, 2001)

Ainda assim, o corpo acadêmico dotado de grande capacidade crítica e visão de futuro reagia contra um certo sentido de mercantilização que permeava setores governamentais e parlamentares.

A fundamentação do novo modelo de ensino médico remonta os idos de 1988, quando da criação da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988, regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, podendo ser considerada como a consagração de uma luta de décadas em busca de um sistema de saúde abrangente, equânime, participativo e justo. Desde então, em todo o País, vem se construindo e implantando políticas nas esferas nacionais, estaduais e municipais em torno da consolidação das diretrizes e princípios do SUS. Incluindo neste contexto a formação médica. (PPC, 2016. p. 7)

4.3.4 Novidades metodológicas na construção de um novo currículo

Considerando-se metodologias de ensino como ações de organização das atividades pedagógicas pelo professor e voltadas à construção de conhecimentos pelos estudantes, percebeu-se uma defasagem no modelo até então vigente. A aula expositiva, o ensino com base

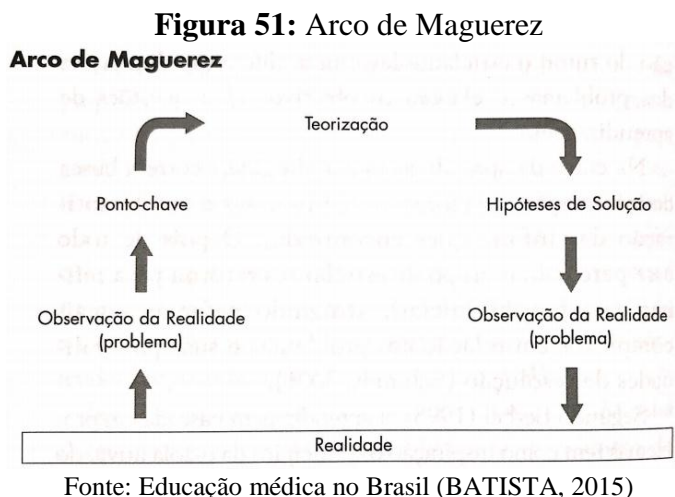
em texto e na inquirição e desprovido de cooperação entre alunos necessitava de reformulação. Surge no horizonte a possibilidade de trabalhar com Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem (MAEA). Sua implantação não significaria secundarizar, ou mesmo desprezar outras estratégias de ensino. Para a educação médica, num contexto de grande complexidade de fatores ligados ao compromisso com a vida, ética, com a coletividade e imbricados numa infinidade de representações culturais diferentes, parecia razoável avaliar a estratégia (BATISTA, 2018).

Uma das propostas metodológicas que poderia favorecer uma reflexão mais ampla sobre as questões em tela e que despertara o interesse do quadro docente foi a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Esta metodologia vinha sendo desenvolvida em diversas escolas em todo o mundo e sobre sua aplicabilidade já havia suficiente documentação bibliográfica. Aspectos do processo ensino-aprendizagem focado no aluno e sua dinâmica de diagnóstico, apresentação consciente e contextualizada do problema, capacidade de análise, discussão dialogada, iniciativa na apresentação de propostas e sobretudo a responsabilidade com o autodesenvolvimento, o trabalho multidisciplinar e em equipe trariam vantagens não apenas teóricas, mas preparariam o aluno para a educação permanente. A própria Escola de Saúde Pública do Ceará contribuiu com a promoção de cursos para os docentes, dentre eles o curso de ABP (PPC, 2001).

Sobre a ABP, Batista (2015) pontua:

A metodologia ativa da ABP busca proporcionar uma compreensão aprofundada dos problemas propostos, abrangendo diferentes etapas e movimentos de aproximação, problematização, teorização e aplicação das informações e conteúdos, buscando a construção do conhecimento. Nesse sentido, os estudantes constroem, nos primeiros momentos, teorias que explicam os problemas apresentados, fundamentados em seus conhecimentos prévios, no bom senso e/ou no raciocínio lógico. (BATISTA, 2015)

Batista (2015) apresenta a ABP como um ciclo de aproximações com a realidade, em cujas idas e vindas prossegue uma contínua depuração de determinados problemas nela inseridos. Conforme descreve ilustrando com o arco de Magueres.



Após o treinamento nesta metodologia foi elaborado um projeto piloto no qual quatro disciplinas do ciclo básico (quarto semestre) o aplicaram no ano letivo de 1998.1 do curso de Medicina. O resultado foi satisfatório e oportunizou a integração das disciplinas de Patologia, Imunologia, Microbiologia e Parasitologia em módulos de conteúdo semelhante e complementar. Os temas abordados nas aulas teóricas, e sessões de tutoria era mote para pequenos grupos promoverem aproximações teórico-práticas em suas discussões e na ambiência prática, sempre no espírito do aperfeiçoamento contínuo por meio das avaliações (PPC, 2001).

O treinamento de habilidades médicas enquanto espaço ativo de aprendizagem deve ser preferencialmente iniciado em ambiência protegida, simulada e integrada. Pode ser realizada em cenários de salas de aula, laboratórios, enfim, espaços controlados de treinamento. O importante seria treinar habilidades assumindo como princípio didático maior o ensino centrado no aluno, fundamentando-se na interação entre teoria e prática, desenvolvimento da capacidade de integração entre habilidades e conhecimentos para a solução de problemas e entender a avaliação como um monitoramento prioritário do processo de aprendizado (BATISTA, 2015).

A boa aceitação entre docentes e discentes da experiência com Aprendizagem Baseada em Problemas reforçou o sentimento de renovação. Em maio de 1999 o Conselho Departamento da Faculdade de Medicina, resolveu formar uma Comissão de Reforma Curricular, composta pela Diretoria da Faculdade, por representantes de cada um dos Departamentos Acadêmicos e pelo Núcleo de Desenvolvimento em Educação Médica – NUDEM (PPC, 2001). O objetivo central da comissão seria entregar uma proposta de currículo, orientado pelo perfil epidemiológico do estado e condizente com os princípios norteadores para a formação do ideal

desejado de médico na graduação.

O trabalho destes grupos envolveu além do aprofundamento na literatura especializadas algumas visitas técnicas a escolas médicas nacionais e estrangeiras, sempre mantendo estreito relacionamento com os ideais do projeto CINAEM e em permanente diálogo nos congressos da ABEM. Em maio de 2000 a UFC chegou a sediar importante encontro, o II ENNEM (Encontro Norte Nordeste das Escolas Médicas) reunindo 17 representações estaduais. Neste encontro foram discutidos vários projetos pedagógicos, inovações metodológicas ainda em planejamento ou já em implantação, modelos de integração com a comunidade e sistemas de avaliação no internato. Especial esforço foi envidado para trazer a experiência docente ao centro das discussões.

Ao longo dos últimos quatro anos, foram promovidas várias conferências, mesas redondas e seminários abordando temas relacionados à educação médica, com convidados locais e de outros Estados, visando sensibilizar os docentes, conscientizá-los da necessidade das mudanças e estimular a sua imprescindível participação no processo de transformação do currículo (PPC, 2001).

As mudanças de filosofia e estratégia educacionais deveriam estar em maior sintonia com as demandas da sociedade. As principais mudanças compreenderiam a integração de disciplinas, fusão de conteúdos e funcionamento em módulos, num misto de otimização do tempo letivo, maior inserção da vivência prática e maior flexibilização do processo de ensino e aprendizagem.

Apesar de certa liberdade de metodologia nos módulos o docente deveria manter compromisso com o rigor dos dados e informações apresentados, sempre baseando-se em evidências científicas. Dentro das possibilidades e cenários de ensino e treinamento o novo currículo buscava estimular a integração de disciplinas e a conexão mais próxima e ágil entre teoria e prática (PPC, 2001). A inserção precoce do aluno nos campos de estágio e o contato com as comunidades foi uma estratégia pensada para favorecer seu pensamento crítico, capacidade de formular soluções, propô-las através de argumentação fundamentada e também estimular a tomada de decisões, tudo isso atrelado ao sentido da transformação social. Patologias mais prevalentes, bem como condições psicológicas, socioeconômicas e culturais do meio social começavam a ser mais valorizadas dentro do currículo, ressignificando o olhar para a família e a comunidade. O novo modelo de currículo também põe seu foco no aluno buscando otimizar ao máximo seu caminho formativo:

O novo modelo de currículo é centrado no aluno, visando o seu pleno desenvolvimento como ser humano, que deve priorizar a relação médico-paciente entre suas habilidades e competências e valorizar a satisfação do paciente como indicador de seu

desempenho profissional e da qualidade do sistema de saúde, que ele deverá conhecer em profundidade, uma vez que dele passará a fazer parte. Horários livres para estudo traduzem uma maior racionalidade obtida com a estruturação modular do currículo, melhor aproveitamento do tempo e atendimento a uma necessidade do estudante. Carga horária poderá ser atribuída como incentivo às atividades de pesquisa, de extensão e de iniciação à docência. (PPC, 2001)

A formação ética também passaria por uma renovação que a levaria para além das questões relacionadas ao exercício profissional e às relações com associações de classe, indo em direção a uma visão mais holística do meio onde está inserido o médico. Questões ambientais, doenças relacionadas ao trabalho e temas atuais, como as diversas formas de violência e a adição às drogas entram na pauta de discussões (PPC, 2001).

Outro ponto interessante desta reformulação foi a participação ativa do estudante na definição da estrutura curricular, uma vez que 20% da grade seria formada por disciplinas optativas escolhidas democraticamente entre os próprios alunos. A flexibilidade pretendida não significaria menor rigor avaliativo. Pelo contrário, pretendia-se progredir o processo avaliativo para um modelo mais educativo, baseado em objetivos de aprendizagem, valorizando seu aspecto formativo e dando mais autonomia ao aluno para corrigir-se ao longo dos módulos e disciplinas, além de permitir ajustes e reformulações por meio de um sistema permanente e multidisciplinar. Este sistema se estenderia do ciclo básico ao profissional, no internato, ciclo de maior vivência profissional ocorrido nos dois últimos anos do curso. Neste período é onde se consolidam mais fortemente as atitudes e habilidades do aluno, bem como o domínio dos instrumentos que garantem sua formação continuada (PPC, 2001).

Além desta medida seria estimulada a formação de pequenos grupos de cinco a dez alunos para a estruturação de um programa voluntário de tutoria ao longo do curso com supervisão de um docente ou médico voluntário. Nestes grupos se dão reuniões periódicas que oportunizam avaliar o desempenho do aluno, e também desenvolver suas competências social e profissional.

[...] reuniões periódicas que visam não só avaliar o desempenho do aluno, mas também desenvolver de modo mais adequado relações interpessoais e preparar o estudante para a vida social, num processo de valorização não apenas do conhecimento científico, mas também de valores éticos e morais, de sua criatividade, sua responsabilidade social e pessoal. Essa preocupação com o relacionamento humano poderá trazer grande contribuição às relações interpessoais, nos três segmentos que compõem o *campus* – discentes, docentes e servidores técnico-administrativos. (PPC, 2001)

Assim a UFC compreendeu que a missão do curso de Medicina seria:

[...] graduar o médico, através de metodologias de ensino adequadas e em ambientes apropriados, proporcionando-lhe formação compatível com os vários níveis de atenção à saúde e conhecimento técnico, científico e humanístico, que o capacite a identificar, conhecer, vivenciar os problemas de saúde do indivíduo e da comunidade

e a participar da solução dos mesmos, agindo com criatividade, espírito crítico-científico e de acordo com princípios éticos. (PPC, 2001)

A partir da incorporação de novos métodos de ensino e aprendizagem e por meio de um currículo não apenas adaptado às demandas contemporâneas, mas dinâmico e evolutivo em sua essência seria possível formar com mais segurança o profissional ideal.

4.3.5 O perfil ideal de médico

O médico ideal deveria ter formação abrangente e sólida no campo científico, na cultura popular e nos três níveis de atuação (primário, secundário e terciário); conhecer o perfil epidemiológico de seu campo de ação e estar preparado para atuar mesmo com recursos médicos limitados; Ser dotado de uma visão holística do ser humano; Compreender a realidade social, econômica e cultural de onde atua e ser comprometido com a defesa da vida e as transformações em busca de uma sociedade mais sadia e justa; Ser comprometido com o autodesenvolvimento nos campos profissional e pessoal; Ser cooperativo, estabelecendo laços interdisciplinares no espírito respeitoso da partilha de ideias e recursos no melhor interesse do humanismo e da sociedade; Ser criativo, dotado de capacidade analítica e capaz de tomar decisões ágeis e adequadas. Dotado destas características, o médico ainda deveria ser capaz de atuar em todos os campos da promoção, prevenção, tratamento e reabilitação das pessoas nos diferentes níveis de atendimento à saúde e estar preparado para prosseguir em sua formação contínua visando o melhor exercício da profissão, da pesquisa e da docência (PPC, 2001).

O projeto político pedagógico de 2001 gestava em seu corpo textual a priorização da geração de conhecimento, tendo por objetivo as suas aplicações, o estímulo ao aprendizado e propunha a substituição da memorização pelo processamento de ideias. Em sua essência político-pedagógica reafirmava o compromisso do médico com o humanismo superando o modelo puramente curativo, o qual considerava já esgotado, dando novo alento aos aspectos de promoção e prevenção da saúde. Segundo o documento este cuidado deveria estender-se ao longo de toda a sua existência desde o nascimento, em todas as etapas de seu desenvolvimento e formação até seus momentos finais, no tratamento das enfermidades e dos cuidados paliativos, quando confrontados os limites da cura.

O documento curricular publicado em 2001, conforme anteriormente dito, foi uma complexa construção, fruto de uma rica reflexão colegiada. O modelo de formação médica

assumido pela UFC partia então desta crítica iniciada desde a década de 1990 às distorções curriculares do modelo *flexneriano*, hermeticamente calcado no puro racionalismo segmentarista e cartesiano, em busca de um modelo formativo novo, moderno, com forte visão generalista, no cuidado integral, não desprezando aspectos técnicos, mas qualificando-os por ideais éticos e humanos antes postos em segundo plano (PPC, 2001; FAMED, 2009). O relatório Flexner, publicado em 1910 com o título *Medical Education in the United States and Canada Bulltin Number Four*, em que se pese algumas críticas às falhas metodológicas identificadas, provocou uma série de mudanças à sua época pertinentes, representadas na redução da quantidade de escolas médicas nos EUA, a inserção do ensino médico em estruturas universitárias, a qualificação do corpo docente na dedicação ao ensino e pesquisa e a centralização da formação médica em hospitais universitários. Contudo, os currículos seguintes, de fato, privilegiavam o estudo das doenças e não punha tanta atenção na assistência aos enfermos. Também, diferenciava estritamente os ciclos básico e profissional de ensino (BATISTA, 2015). De forma resumida, seria possível dizer que o antigo modelo pedagógico fragmentado e compartimentalizado era caracterizado pela dissociação entre as disciplinas das áreas básicas em forte contraste com aquelas do chamado ciclo profissional. O ensino de até então era fortemente centrado na atividade hospitalar, curativa portanto, e com forte direcionamento à especialização, em detrimento da promoção e prevenção da saúde. Vivia-se academicamente uma certa miopia dos aspectos holísticos do paciente e sua dissociação dos seus principais meios de integração: a família e a comunidade. Além da ampliação dessa visão holística do médico em formação, o projeto introduzia conceitos não propriamente novos ou modernos, mas essenciais relacionados ao “binômio ensino-aprendizagem, evidenciando-se a necessidade de aprender a aprender, de saber como, por que e para que utilizar a informação recebida e, assim, ser capaz de decidir de forma inteligente” (PPC, 2001).

Não seria possível ignorar que já nessa época a velocidade de produção de conhecimento novo exigiria em si um novo comportamento diante do volume de informações disponível e suas transformações de meios de transmissão. Seria necessário dar ênfase aos processos de busca e domínio da informação para a construção do conhecimento. Tais processos seriam indispensáveis para a educação e formação permanentes, com flexibilidade de raciocínio e capacidade de adaptação, num *continuum* de formação que a graduação não poderia encerrar.

Esta característica de contínuo aprendizado via com naturalidade a possibilidade de aprender também com o erro, o que motivaria o desenvolvimento de novas atitudes e habilidades adaptativas, oportunizando o aprimoramento contínuo do desempenho acadêmico

e médico. O PPC de 2001 da UFC já trazia em seu bojo os conceitos de transdisciplinaridade, interdisciplinaridade, valorizava o trabalho em equipe e como principal objetivo desenvolver a capacidade de colher ideias, dialogar, propor metas e estratégias e desenvolver habilidades que reforcem a autonomia do aluno.

4.3.6 As diretrizes curriculares

As novas diretrizes curriculares incluíam além das mudanças no conteúdo, metodologia e avaliações, recomendações quanto à postura de docentes e discentes na criação de um ambiente novo, democrático e respeitoso. A própria faculdade assumia compromissos institucionais hierarquizados mas não autoritários para a dinâmica do ensino, da pesquisa e da integração entre saúde e educação. Compreendendo currículo de um curso de graduação como o “conjunto planejado de atividades que conduzem os alunos ao longo do período de formação”, mediante o qual “uma instituição cumpre sua missão” e ainda considerando seu caráter dinâmico e “nunca cristalizado” (PPC, 2001, p. 22-23) a Comissão da Reforma Curricular chancelada pelo Conselho Departamental da Faculdade de Medicina em maio de 1999 designou uma nova distribuição das 9080 horas-aula com as seguintes características:

Estrutura geral

O curso de medicina continuaria estruturado em 12 semestres, sendo o período letivo de, pelo menos, 100 dias. Os conteúdos essenciais (nucleares) obrigatórios estariam contidos nos módulos sequenciais, nos módulos longitudinais – Desenvolvimento Pessoal (DP) e Assistência Básica em Saúde (ABS) e no internato. Os conteúdos complementares são oferecidos em disciplinas eletivas. O primeiro contato dos alunos com a UFC e a faculdade de medicina ocorreria no módulo “Educação e Medicina” sob a responsabilidade da coordenação do curso.

Internato de 2 anos

Antiga aspiração do alunado contando com grande aceitação por parte dos professores o internato de dois anos representava uma importante conquista do Currículo.

Como parte do Programa de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina, a avaliação do internato, realizada em julho de 2000, havia recebido de um grande número de alunos a sugestão internato em 2 anos, sendo também apontado em muitos casos como fator de melhoria da qualidade do processo ensino-aprendizagem naquele

período do curso. Depoimentos dos Internos foram determinantes, para que o Currículo proporcionasse o internato de dois anos. (PPC, 2001)

Segundo descrito no documento do PPC de 2001 uma análise realizada a partir do Teste de Qualificação Cognitiva – TQC da CINAEM aplicado em novembro de 1999 revelou ser vantajosa a extensão do internato. As médias atingidas pelos alunos de Medicina da UFC nos quatro primeiros anos que eram inferiores às medias nacionais se igualam ou a ultrapassam no quinto e sexto ano, quando passam a ter vivência hospitalar efetiva (PPC, 2001, p. 23).

Ciclo básico e ciclo profissional

Foi desenvolvida uma estratégia de inserir em conteúdos do ciclo básico aspectos da prática clínica, como os ligados à semiologia clínica e diagnóstica dos diversos sistemas orgânicos. Contudo, temas do ciclo básico seriam revisitados no ciclo profissional sempre que necessário. O objetivo seria integrar progressivamente os ciclos básico e profissional superando a antiga dissociação. Inclusive, professores de um ciclo poderiam ser convidados a participarem de módulos do outro ciclo e vice-versa potencializando este propósito. A implementação de disciplinas eletivas também contribuiria para preencher lacunas percebidas pelo próprio aluno.

Integração e organização por sistemas

Foi adotada a então já ampla recomendação de integrar disciplinas por sistemas orgânicos, inclusive constando do Anteprojeto de Diretrizes curriculares nacionais da ABEM/MEC, e já adotada por prestigiosas escolas de Medicina nacionais como a Escola Paulista de Medicina e estrangeiras, como a Faculdade de Medicina da Universidade de Harvard os Estados Unidos da América. Sobre este tópico o PPC de 2001 considera:

É reconhecido que conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos em trabalho interdisciplinar ficam retidos por tempo prolongado e sua recuperação, em momento oportuno torna-se facilitada. No presente currículo, a integração se torna possível pela organização dos assuntos por sistemas dispostos em módulos consecutivos, nos quais várias disciplinas contribuem de forma harmônica para alcançar os objetivos propostos. (PPC, 2001, p. 24)

Ainda apontando suas particularidades ao longo do curso:

Nos dois primeiros semestres, a integração mais forte é entre as disciplinas de Anatomia, Histologia e Embriologia, fisiologia, farmacologia e Bioquímica. No terceiro semestre, ocorre a integração entre Imunologia, Microbiologia, Parasitologia e patologia, podendo estender-se para a Epidemiologia. O quarto semestre representa uma ligação entre o ciclo básico e o ciclo profissional, em que temos a integração entre Anatomofisiopatologia, Farmacologia e Semiologia. No ciclo profissional, a integração se dá mais fortemente entre as abordagens clínica e cirúrgica dos temas. Nos módulos longitudinais, busca-se a integração entre as disciplinas nos semestres consecutivos e também com os módulos sequenciais. (PPC, 2001, p. 24)

Estrutura modular

As unidades didáticas do curso foram definidas por disciplinas que trabalham de forma articulada em torno de módulos. Esta estrutura permitiria maior concentração sobre determinados assuntos facilitando o processo ensino-aprendizagem e a fixação destes conteúdos. Este sistema também permite maior concentração de assuntos afins nas avaliações, melhorando sua distribuição e reduzindo o estresse de seu concentrado no calendário e pulverizado quanto aos conteúdos de diversas disciplinas aplicadas paralelamente. Figurariam no novo currículo dois tipos de módulos: Os sequenciais, desenvolvidos um por vez no ciclo básico e dois por vez no ciclo profissional; e os módulos longitudinais, com carga horária menor (4h cada módulo), porém desenvolvidos ao longo de todo o curso. Os módulos longitudinais planejados seriam os de Atenção Básica em Saúde e Desenvolvimento Pessoal. Estes dois eixos articulariam aspectos humanísticos da prática médica, o olhar da saúde coletiva e todas as demais disciplinas cursadas.

O módulo de Desenvolvimento Pessoal (DP) foi delineado com o intuito de ampliar a interface do aluno com disciplinas e conteúdo mais afeitos às relações humanas e assim dotá-lo de maior capacidade de julgamento a partir de uma construção ética. Assim é descrito no PPC:

Agrega as disciplinas relacionadas à ética, a psicologia e às ciências sociais e tem por objetivo estimular nos alunos o compromisso com a defesa da vida, para que possam desenvolver suas atividades e tomar decisões a partir de valores e convicções éticas e morais. Isto requer não só a aquisição de conhecimentos, mas principalmente, o desenvolvimento de habilidades e atitudes que favoreçam uma visão integral do ser humano. (PPC, 2001, p. 24)

Este módulo prepara o aluno para articular estes conhecimentos com as disciplinas que se seguem a cada semestre: Evolução Histórica, Ciência e Ética da Medicina, Psicologia do Desenvolvimento Humano, Saúde, cultura e sociedade; Psicologia Médica; Bioética e Cidadania; Psicopatologia; Saúde Comunitária; e Medicina Legal e Deontologia Médica.

Outro importante aspecto deste módulo é sua abertura à fala do aluno valorizando no currículo sua formação pessoal e visão de mundo.

Nesse módulo, semanalmente, parte da carga horária será reservada para atividades de “vivências”, durante as quais os alunos terão a oportunidade de expressar seus interesses, dificuldades, motivações, dúvidas ou propor temas para discussão em grupo. Os objetivos propostos extrapolam os limites do módulo e devem ultrapassar todas as atividades que compõem o currículo do Curso de Medicina. Todos os professores da FM/UFC, e não somente os responsáveis por este módulo, devem estar atentos às oportunidades para o aprimoramento da formação ética, psicológica e humanística dos alunos. (PPC, 2001, p. 24)

No internato, as discussões acerca da ética são intensificadas por meio de seminários de Bioética e Grupos Balint.

Já o módulo de Atenção Básica em Saúde (ABS) desenvolve os conteúdos relacionados à Medicina Social, Atenção Primária e Atenção Secundária em Saúde. Por meio dele os alunos travam um contato mais aproximado da realidade socioeconômica e cultural de seu meio e seus liames com as questões de saúde. O módulo de ABS objetiva despertar no médico em formação uma visão coletiva de sua realidade e seu comprometimento com a transformação da sociedade em direção aos ideais de saúde e justiça social. Um dos aspectos mais pertinentes desenvolvidos pelo módulo reside na ambientação prática, o que se dá desde o início do curso, e a mudança de área de atenção. Historicamente o ensino médico que girava em torno de um eixo *hospitalocêntrico* passa então a lançar um olhar mais atento à prática médica nos níveis primário e secundário e como se articulam no Sistema Único de saúde – SUS. O desenvolvimento das atividades práticas neste módulo foi especialmente oportunizado após a constituição de 1988 e suas leis complementares:

A LEI FEDERAL N 8.080, de 1990, que regulamenta as ações e serviços de saúde, no capítulo IV- Parágrafo único, determina: “Os serviços públicos que integram o Sistema Único de saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional”. Além disso, as diretrizes curriculares dos cursos de medicina enviadas ao MEC preveem médicos aptos a trabalhar nos três níveis de atenção, “com ênfase nos níveis primário e secundário”. (PPC, 2001, p. 24)

Figura 52: Unidade Básica de Saúde



Fonte: Foto do autor

Ao longo dos doze semestres o módulo de ABS se desenvolve por meio das seguintes disciplinas: Fundamentos da Prática e da Assistência Médica; Diagnóstico de Saúde da Comunidade; Epidemiologia e Bioestatística; Medicina Preventiva; Atenção à Saúde da Criança; Atenção à Saúde da Criança e da Gestante; Assistência Básica à Saúde do Adulto I; Assistência Básica à Saúde do Adulto II; e Internato em Saúde Comunitária.

Outra inovação foi a inclusão de módulos optativos para conferir ao curso um certo grau de flexibilidade ao abordar conteúdos complementares, inclusive estendendo-se para além dos temas restritos à Saúde e Medicina. Suas disciplinas teriam também flexibilidade quanto à carga horária, metodologia e número de vagas dependendo dos objetivos delineados e da infraestrutura disponível. Os temas seriam escolhidos em conjunto entre alunos e professores e as disciplinas ministradas em 20 a 40 horas nas duas últimas semanas do semestre limitadas a 60 horas no total, do quinto ao oitavo semestre (PPC, 2001). Ficou convencionado também que até 25% da carga horária destes módulos poderia ser destinado a atividades de pesquisa e extensão, não prescindindo de certo do devido acompanhamento e avaliação. Estas atividades objetivam desenvolver ainda mais a autonomia nos alunos, repercutindo inclusive nas futuras escolhas profissionais. No PPC de 2016 estas atividades seriam ampliadas, perfazendo até 4% da grade na reforma de 2016, com (PPC, 2016)

Alguns aspectos deste novo currículo foram reformados em função de uma dinâmica mais flexível. Os semestres que contavam com uma carga horária de até 40 horas semanais, e ainda acrescidas de atividades em regime de plantão gerando sobrecarga de trabalho estresse foram aliviadas com horários livres. Em todos os semestres estariam previstos pelo menos dois períodos livres por semana durante os quais o aluno poderia dedicar-se ao estudo, atividades

acadêmicas e outros assuntos de seu interesse (PPC, 2001, p. 26). A metodologia passa a valorizar mais a proatividade do aluno por meio do trabalho em pequenos grupos, desenvolvendo temas mais aproximados à prática, conectados à realidade em prática direta ou simulada. Estas atividades aproveitariam mais os ambientes e recursos mais apropriados à prática clínica onde o professor assumiria um papel de tutor, priorizando a coordenação das atividades avaliando não só o domínio de conteúdo do aluno, mas também suas habilidades e atitudes. O perfil do médico a ser formado passa ser o norte curricular e as atividades didáticas por constante a reflexão e reformulação. Em especial as atividades práticas são revistas como oportunidades para o treinamento nos níveis primário e secundário de atenção à saúde, antes menosprezadas (grifo nosso), o que exigiria melhorias da infraestrutura laboratorial e ambulatorial (PPC, 2001, p. 27).

A combinação de estratégias educacionais é salutar, desde que sejam escolhidas segundo os objetivos educacionais desejados, cada uma com suas indicações didáticas e aproveitando-se o melhor de cada estratégia. É muito importante que se disponibilize para os professores uma assessoria pedagógica. (PPC, 2001, p. 27)

Avaliação

Um novo currículo, pressupondo constante evolução e aperfeiçoamento demandaria inovações no sistema de avaliação. As características pensadas levavam em conta maior campo de atenção, periodicidade e ampla participação. Os alunos passariam a ser avaliados não apenas por seus conhecimentos teóricos, mas também habilidades e atitudes, abrangendo todos os aspectos formativos, realizados em cada oportunidade de prática do início do curso até o internato. Deveria também incluir docentes, funcionários técnico-administrativos e consultores externos em sua composição. Não só alunos, mas também professores e a própria instituição passariam a ser avaliadas em seus objetivos e processos educacionais. Além dos critérios de avaliação correntes da UFC seria introduzida uma avaliação formativa, mostrando em tempo real ao aluno sua “imagem”, reflexo de sua formação até então, e, mais importante, em tempo hábil para que ele próprio imprima melhorias, mudanças de rota eventualmente necessárias em direção ao ideal de médico elaborado também em conjunto.

Em síntese, o currículo de Medicina ultrapassava então a visão simplista e maniqueísta de combate à doença. A saúde passava a ser considerada não mais como a ausência de doenças, mas um conjunto complexo e intrincado de fatores que levam ao bem-estar físico, mental e social, não apenas num plano individual, mas também coletivo (Alma-Ata, 1978). A missão de um novo ideal de médico consideraria a saúde como um bem a ser promovido e não apenas guardado, protegido e restaurado. Seria uma fundamental para os novos médicos compreender

seu entorno, seu contexto, conectar-se às suas principais demandas e sobretudo perceber seu papel transformador desta realidade. O novo currículo assumia essas críticas e elaborava estratégias de ensino fundamentadas no desenvolvimento simultâneo do segmento cognitivo, das habilidades necessárias para o conhecimento e prática médica, das habilidades atitudinais, sempre embasadas na reflexão dos aspectos éticos e humanos. Esta visão foi compartilhada e também impressa no curso de Medicina do Cariri: “formar médicos com visão generalista, dotados de sólidos conhecimentos técnicos, suspensos em bases éticas e humanas, inteirados da realidade do sistema de saúde onde vão atuar” (FAMED, 2009). Em 2014 seriam publicadas as novas Diretrizes Curriculares trazendo em seu bojo a normativa de reforma curricular de todos os cursos de Medicina no período de um ano. O currículo da UFC aplicado no curso de Barbalha, então já incorporado à Universidade Federal do Cariri (UFCA) já incorporava as recomendações do novo modelo de forma consistente aos eixos de Educação e Atenção em Saúde, a estes apensando um terceiro eixo de Gestão em Saúde, mantendo sempre seu sentido autocrítico e renovador (PPC, 2016, p 10).

4.3.7 Princípios norteadores

Como objetivos norteadores a expansão caririense do curso médico da UFC cita em seu PPC (2001).

1. Formar médicos com sólido conhecimento técnico, ético e humano, inteirado do Sistema Único de Saúde, permitindo, ao mesmo, atuar simultaneamente nos três níveis de saúde;
2. Formar médicos politizados engajados nas transformações sociais;
3. Implementar recursos no sentido de formar médicos que se fixem no interior do Estado;
4. Fomentar projetos de extensão acadêmica que possam integrar o curso médico com a sociedade local;
5. Desenvolver núcleos de pesquisa inteirados com a realidade local, visando solver ou minorar os problemas relacionados à saúde da comunidade donde se insere o curso médico

Este espírito renovador refletia a busca por uma mudança de paradigma encampada pela docência da UFC em face aos crescentes desafios da Medicina em nossa sociedade o qual tomou corpo no Projeto Pedagógico de 2001 (PPC, 2001). Essa inovadora e empolgante proposta seria ainda aperfeiçoada com a incorporação das novas diretrizes curriculares de 2014, conforme consta no PPC de 2016.

4.4 ESCOLHA DA CIDADE SEDE DO CURSO FEDERAL DE MEDICINA NO CARIRI

As cidades escolhidas para receber este complexo curso deveriam ser importantes polos urbanos, com grande fluxo populacional e também grande demanda nas áreas da saúde e educação.

A escolha de Sobral se deu naturalmente, enquanto cidade polo na região norte do estado. A escolha da sede caririense foi algo mais complexa. Representando a Mesorregião do Sul Cearense a Região Metropolitana do Cariri (RMC) destacava as cidades de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha como as mais populosas e influentes. Estas três cidades à época já configuravam uma conurbação distando de 10 a 20 quilômetros entre suas sedes, mas com construções contíguas entre seus limites e com relevante compartilhamento de bens e serviços (Nascimento, 2015; MAPA, 2019). Juazeiro já era sede de curso de Medicina e um segundo curso concentraria mais este aspecto. Crato tinha uma tradição histórica na Medicina tanto quanto Barbalha e não dispunha de curso de Medicina. Barbalha, no entanto, arregimentou mais argumentos e procuradores em favor de sua causa.

Tem que fazer como Minas, trabalhar em silêncio

Após dissuadir as resistências de parte da comunidade acadêmica na UFC em Fortaleza o deputado Rommel Feijó voltaria sua atenção ao berço do projeto, o Cariri. Contudo, pedia reserva a seu parceiro inicial neste acordo, o então reitor Roberto Cláudio:

Ele não falou pra ninguém, nem eu falei pra ninguém. A gente aprendeu que quando a gente não tem muita força, a gente tem que fazer como Minas, trabalhar em silêncio. Minas trabalhou em silêncio para crescer perto do Rio e de São Paulo, ok? Então a Barbalha *tava* perto de Juazeiro e do Crato, tinha também que trabalhar em silêncio, pra coisa dar certo (Informação verbal)²².

Dr. Rommel revelou em entrevista seu desejo de implantar o projeto em Barbalha. Em sua argumentação já elencava aspectos técnicos: Barbalha desde há anos tinha um parque hospitalar instalado, já sendo referência nesses serviços para as cidades vizinhas e inclusive para estados vizinhos mesmo anteriormente ao sistema de pactuação. Segundo Dr. Rommel, o reitor a princípio concordou com tais argumentos. Porém, pontuou a questão política como uma provável resistência ao nome da menor das três cidades: “Juazeiro tem muito voto, Crato tem

²² Idem.

muito voto. E os políticos gostam de votos Rommel” teria dito o reitor. “Concordo”, ponderou o deputado. Mas, o deputado ainda declarava depositar sua confiança no juízo técnico do então governador do estado Tasso Jereissati: “[...] nós tínhamos o governador [...] ele vai mais pela parte técnica e lógica do que pela parte política, que é o Tasso” (Informação verbal)²³.

O atual Diretor da FAMED Barbalha também considera que opção pelo investimento em estruturas hospitalares de alta complexidade em Barbalha pesou bastante na escolha da cidade, mas também a disposição de sua classe política e articulação social. Segundo ele, numa região de 29 municípios, em que três, Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, concentra a maior parte dos equipamentos de saúde, o resultando da sede seria incerto. A cultura da educação já era forte no Crato. No Juazeiro, a cultura da religiosidade. Segundo o professor Cláudio, ambas as cidades iniciaram seu processo de implantação de hospitais antes mesmo de Barbalha, o Crato na década de 1930 e Juazeiro na década de 1950. Os hospitais barbalhenses surgiram a partir da década de 1970. Porém, quando vieram, diz o professor: “eles vieram muito além do seu tempo. Suplantaram a estrutura em saúde que existia na época em Crato e Juazeiro. E complementa descrevendo o senso comum à época da implantação do curso:

A saúde do Cariri orbitava em torno do município de Barbalha. Então falou em Medicina, a primeira coisa que se pensava era nos hospitais de Barbalha. E realmente, a Medicina complexa, a Medicina de alto custo, a Medicina tecnológica, ela se deu aqui em Barbalha. Embora o Crato tivesse hospital, o Juazeiro tivesse hospital, os hospitais reconhecidos no Brasil e no Ceará como hospitais de vanguarda eram em Barbalha e isso motivou a UFC a trazer o curso *pra* Barbalha. [...] o melhor equipamento hospitalar do Cariri estava em Barbalha, mais a receptividade com que a prefeitura, na época [...] o Sá Barreto, e, o deputado federal Rommel Feijó, receberam a ideia e tentaram viabilizar o curso. (Informação verbal)²⁴

Oxford!

Antes de chegar ao seu correligionário, o governador do PSDB, Dr. Rommel buscou seu o seu imediato, o vice-governador Beni Veras. Veio à lembrança do Dr. Rommel uma conversa que teve com o vice-governador em que ele contava que havia feito um curso na cidade de Oxford, Inglaterra, e que era uma cidade boa para estudar:

[...] era uma cidade boa de estudar porque era bucólica, calma, cidade de muitas faculdades entendeu? Só tinha jovens, estudantes nas ruas, o pessoal se encontrava, a população de Oxford gostava. A faculdade era como a extensão da casa, das pessoas e tal. E eu olhei para as três cidades do Cariri e achei que Barbalha parecias mais [...] com Oxford do que Crato e Juazeiro. Aí fui tomar um café com o vice-governador Beni, que era o Beni [...] comecei a conversar [...] falar sobre onde ele estudou fora,

²³ Idem.

²⁴ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

na Inglaterra e ele foi me contando e se empolgou, contou tudo! [...] aí eu digo: pois é doutor, eu tô aqui com um problema parecido. (Informação verbal)²⁵

O deputado Rommel Feijó relata que pediu abertamente o apoio do vice-governador junto ao governador, reforçando dois de seus argumentos: o técnico, associado à estrutura hospitalar e agora o sentimental, evocando a memória afetiva do interlocutor que havia vivenciado *in loco* o modelo de cidade universitária não em um grande centro urbano, mas numa cidade pequena em sua periferia.

Isso vai dar confusão

Garantido o apoio do vice, Dr. Rommel partiu para o chefe do executivo estadual, sempre fiel ao seu roteiro à mineira: “[...] fui falar com o governador. Dei outra viagem, tinha que ser devagar” (Informação verbal)²⁶. Segundo nosso entrevistado a recepção do governador apesar de descontraída não foi positiva.

Tasso riu e disse: isso vai dar confusão! Eu disse: não vai! Porque é um embrião de uma universidade. Nós queremos [...] a faculdade que mais se parece com a gente, que é a faculdade de Medicina, por conta dos nossos hospitais os quais o senhor tanto conhece e tanto ajudou. Então a gente só quer isso. A universidade tem outras áreas, elas poderão ser distribuídas entre Crato e Juazeiro da mesma maneira e pela forma que vocês entenderem. Agora, a gente queria que a área de saúde, ela ficasse na Barbalha. Não era mais a faculdade de Medicina, eu já tava pedindo a área da saúde da universidade (risos) e aí ele disse, tá certo, vamos ver se não vai dar confusão! (Informação verbal)²⁷

Uma coisa do tamanho da gente

O Cariri é, de fato, uma região metropolitana com as três cidades conturbadas, cada qual com suas vocações mais fortes. Como não havia embaixadores das outras cidades o Dr. Rommel ia se antecipando em falar por elas: “Juazeiro não quer área da saúde, Crato não quer área de saúde, Crato quer coisa que [...] tenha a vocação dele! Juazeiro tem a vocação dele e da parte da gente” (Informação verbal)²⁸ e completava: “[...] outra coisa, nós *tamos* trabalhando para as três cidades, nós não *tamos* trabalhando pra uma cidade. [...] aliás, se a gente botar uma universidade dentro da Barbalha a gente acaba com a cidade!” (Informação verbal)²⁹. Dr. Rommel argumentava então com o governador que o município de Barbalha com suas construções antigas não teria condições estruturais para suportar toda uma universidade, o

²⁵ Entrevista concedida por Dr Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁶ Idem.

²⁷ Idem.

²⁸ Idem.

²⁹ Idem.

trânsito, etc... Deixando, sob essa perspectiva, uma cidade pior para os que viriam depois. Previa o deputado: “Então a faculdade de Medicina vai ser aqui, a outra vai ser acolá, a outra vai ser acolá (Informação verbal)³⁰. Assim, Dr. Rommel deixava margem para que as outras cidades naturalmente recebessem seus campi e a gestão dos impactos de tais equipamentos fossem sendo absorvidas pelo conjunto da região metropolitana. E fechou sua arenga expressando: “Nós queremos fazer uma coisa do tamanho da gente” (Informação verbal)³¹.

Desta conversa com o governador o deputado Rommel saiu mais confiante: “Aí ficamos acertados. Com o reitor ficou acertado. Quando o reitor saiu (Dr. Roberto Cláudio) e entrou o outro a coisa já tinha andado” (Informação verbal)³².

O diretor da FAMED Barbalha, Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva, reforça a percepção de maior interesse de Barbalha, quando o projeto já circulava nas discussões políticas:

Foi muito maior! Juazeiro já tinha seu curso, o Crato... O interesse do Crato foi pífio. Houve um interesse né? Como sempre houve interesse de se levar um curso de Medicina *pra* lá mas não foi como Barbalha. O Centro de Melhoramento de Barbalha abraçou o curso. [...] Não é uma pessoa nem duas, é a população de Barbalha, representada pelos intelectuais. E aí a pessoa do Rommel Feijó, quando era deputado, e o Inaldo de Sá Barreto, quando era prefeito se comprometeram. Tanto que, antes de começar a faculdade, esse prédio que funciona hoje a faculdade de Medicina já tinha sido doado à UFC. Um prédio bonito, tradicional, que era dos padres salvatorianos em que funcionava aqui o Colégio Santo Antônio. O Centro de Melhoramento tirou o Colégio Santo Antônio, deixou o colégio na rua. [...] foram dois, quase três anos *pra* construir uma sede nova pro colégio, para que o curso de Medicina viesse a se instalar aqui. Então essa estrutura de saúde que tinha Barbalha e mais essa querência que o político, especialmente o prefeito daqui mostrou, fez com que a UFC decidisse que Barbalha seria o melhor local. (Informação verbal)³³

Segundo Dr. Rommel Feijó, o reitor Roberto Cláudio sugeria a seguinte composição: Barbalha entraria com o prédio, o governo do estado com os equipamentos e o governo federal manteria todo o funcionamento daí em diante, sendo este o ente com maior poder orçamentário.

A terra de Santo Antônio, epíteto alusivo ao santo casamenteiro, seu padroeiro e motivo de sua maior festa anual, apresentava além da riqueza de sua cultura e folclore uma rica tradição de lideranças sociais. Barbalhenses como o Monsenhor Francisco Murilo de Sá Barreto, intitulado carinhosamente pelo povo de Vigário do Nordeste por ser o maior defensor do Padre Cícero junto à igreja católica, o advogado, contabilista e escritor Hermes Carleial com grande

³⁰ Idem.

³¹ Idem.

³² Idem.

³³ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

atuação nos campos fiscal, comercial e trabalhista no estado, dos médicos Leão Sampaio e Mozart Cardoso de Alencar, luminares da Medicina e da política caririense. Barbalha era, e ainda é, a menor das três cidades que compõe o triângulo CRAJUBAR (Crato, Juazeiro e Barbalha). À época ocupava a 7ª colocação no estado em termos populacionais e 9ª em Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e a 4ª em IDH-Longevidade. Sua economia era caracterizada por uma indústria canavieira em declínio, pequenas indústrias e comércio discreto. Distanto 553 quilômetros da capital do Estado, Fortaleza, o pequeno enclave, a uma latitude de 7° 18' 18" S e longitude de 39° 18' 7" W tinha a maioria de suas construções numa elevação emoldurada pela Chapada do Araripe, tendo vista para vastas plantações de cana de açúcar à beira do rio Salamanca. A abundância de água das nascentes e riachos mantinham sempre verdes estas plantações cujos pendões balançavam suavemente ao sabor de uma brisa fresca conferiram a Barbalha outro título: terra dos verdes canaviais. De fato, Barbalha, sede de termas e balneários representava bem o contraste da região do Cariri em relação ao vasto semiárido nordestino. Suas ruas de paralelepípedos ladeadas por casarões coloniais transmitiam à primeira aos seus visitantes um ar pacato. Contudo, em meio a esta aparente tranquilidade Barbalha contava com a segunda maior rede hospitalar estruturada do Estado do Ceará, sede de dois hospitais terciários de grande porte, o Hospital e maternidade São Vicente de Paulo e o Complexo Hospitalar Santo Antônio/Hospital do Coração além de estável rede secundária e primária de saúde. Barbalha já registrava um importante fluxo de paciente buscando seus serviços, não apenas do Cariri mas também do interior de estados vizinhos. Assim, dentre as três cidades, Barbalha reunia as melhores condições de oferta de serviços terciários (hospitalares) em alta complexidade sendo, portanto, já acessada por Crato e Juazeiro para o sistema de pactuação de serviços nos níveis secundário e terciário de saúde (FAMED, 2009; Francisco Ricardo Araújo, SESA – Barbalha, 2019). Segundo o analista técnico da Secretaria de Saúde de Barbalha, Francisco Ricardo Araújo, Barbalha buscou avançar na captação de recursos para a saúde fiando-se em seus recursos humanos e infraestrutura, conforme nos revelou em entrevista:

[...] veja, o plano diretor de regionalização da Secretaria Estadual de Saúde, ele tinha uma previsão de nas quatro macros regiões de saúde do estado do Ceará que são: Sobral, Fortaleza, Barbalha e Iguatu, [...] eles tinham uma previsão de distribuição de serviços de médio, alto complexidade de acordo com as redes de atenção à saúde, exemplificando Barbalha por ser uma cidade dentre elas a menor e ter um potencial de serviços, um parque tecnológico agregado, recursos humanos, capacidade instalada e resolutividade, foi contemplada com as ações e serviços de médio e alto complexidade, nas áreas de atenção cardiovascular, neurologia, oncologia e doenças raras [...] (FAMED, 2019)

Figura 53: casario de Barbalha



Fonte: Christianne Carleial (Acervo) / Coisa de Cearense / Cariri das antigas / Barbalha esquecida (Blogs)

Este fator pesou bastante na escolha, posto que não dificultaria a partilha de sua rede, ao contrário, consistiria num importante suporte ao aumento de oferta e diversidade às atividades das graduações. A articulação político-acadêmica com as duas entidades filantrópicas mantenedoras do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo e do Hospital Maternidade Santo Antônio, juntamente ao Hospital do Coração do Cariri foi fundamental para esta determinação (FAMED, 2009).

Segundo descrito no *site* da FAMED (2019) e relatamos em entrevista, o ex-prefeito e então deputado federal Dr. Rommel Feijó iniciou embaixadas mais incisivas junto ao reitor Professor Roberto Cláudio em favor da implantação do novo curso precisamente em Barbalha. Dentre seus argumentos, destacavam-se três: primeiro, a dimensão e qualidade da rede hospitalar de Barbalha; segundo, as decantadas tradições médicas da cidade desde a década de 1920, evocando como efeméride maior a figura do ex-deputado federal Dr. Leão Sampaio, referência caririense; e por fim, o fato de Juazeiro do Norte já contar com sua escola médica (FAMED, 2009). Em seu arrazoado Dr. Rommel Feijó recorria sempre aos relatos históricos os que descreviam o pioneirismo dos médicos barbalhenses como o citado Dr. Leão Sampaio que em 1921 já realizava cirurgias de catarata e glaucoma na cidade. Estes entre outros feitos heroicos numa era pré-hospitalar e anterior ao advento da energia elétrica em Barbalha contribuíram para criar sua referência médica e ligar de forma indissociável seu nome ao da Medicina, atraindo muitos clientes do vasto sertão desassistido que fazia seu entorno. Acima de tudo, a representar fortemente a cidade junto à UFC como uma sede ideal para um curso médico público descentralizado, Barbalha mostrava-se integrada a diversas cidades e outras regiões sendo uma referência incontornável e além disso mantendo excelentes indicadores de seus serviços em saúde (PPC, 2016).

Assim, após longa exposição de argumentos em favor de Barbalha, em sua 202ª Sessão Ordinária, o Conselho Universitário (CONSUNI) resolve definitivamente sobre a nova sede caririense (FAMED, 2009; QUEIROZ, 2011, p. 36). A resolução número 5 do Conselho Universitário, do dia 2 de junho de 2000, assinada pelo então vice-reitor, Prof. René Barreira, marca início do ensino público federal em nível superior na história do Cariri. Após apreciação positiva por parte do conselho coube à direção do curso de Medicina situado em Fortaleza cumprir esta missão de expandir o ensino médico gratuito para o interior cearense. Nesta resolução ficaram definidas como sedes as cidades de Sobral, na região norte, e Barbalha, na região sul do estado.

4.5 ESTRUTURAÇÃO DO CURSO

Após a assinatura e publicação da resolução do CONSUNI estava atravessado o Rubicão, restando agora seguir adiante na estruturação física e administrativa do empreendimento. Num momento em que o financiamento do ensino superior parecia incerto a

UFC tendo à vanguarda seu reitor, o Prof. Roberto Cláudio Frota Bezerra buscou colimar todas as forças possíveis para tornar realidade este projeto. Apenas dez dias após a resolução do CONSUNI logrou-se celebrar um acordo de cooperação técnica entre Ministério da Educação, Governo do Estado do Ceará e Universidade Federal do Ceará para a implantação dos cursos médicos federais nas cidades de Barbalha e Sobral. (BRASIL, 2000). Este Acordo de Cooperação foi publicado em extrato no Diário Oficial da União, com suas despesas por conta da UFC.

Por meio do referido instrumento o MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, o ESTADO DO CEARÁ e a UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, resolveram celebrar Acordo de Cooperação Técnica, tendo por objeto a implantação, por parte da UFC, da expansão do Curso de Medicina nas cidades de Sobral e Barbalha no Estado do Ceará, sujeitando-se às disposições contidas na Lei nº 8.666/93 e suas alterações subsequentes, de conformidade com as cláusulas e condições estabelecidas no documento.

Este acordo tinha como metas consolidar os referidos cursos assegurando a participação da UFC no processo de interiorização do desenvolvimento do Estado, reafirmando o seu papel como universidade pública. O documento oportunizava ao MEC e ao Governo do Estado a participação no processo de implementação das faculdades de Medicina públicas no interior do estado. O documento ressalta a importância da efetiva descentralização da assistência à saúde em unidades de referência regionais no interior do estado e considera:

[...] os Municípios de Sobral e Barbalha, pelas unidades de saúde existentes, constituem focos de irradiação da assistência médica e difusão de políticas de saúde, capacitando-se assim juntamente com a UFC, a atender as exigências de múltiplos cenários de treinamento para alunos de graduação em Medicina, como preconizado pelas novas diretrizes curriculares, e por favorecer a formação de uma única habilitação, com competência e perfil adequado. (BRASIL, 2000)

À época era esperado um significativo incremento dos leitos dedicados ao ensino, 174 no caso de Barbalha, consistindo em relevante crescimento da rede de hospitais universitários (FAMED, 2009; QUEIROZ, 2011). Contudo, este feito de grande interesse social não se materializou na vinda de um hospital universitário para o Cariri até a data de encerramento deste estudo, permanecendo a assistência acadêmica à saúde dependente dos convênios com instituições da rede pública, instituições filantrópicas (Santas Casas) e privadas.

Ao Ministério da Educação coube o apoio à UFC para prover as ações administrativas necessárias à expansão do curso de Medicina de Fortaleza para Barbalha e Sobral. O Governo do Estado se responsabilizaria por fornecer equipamentos necessários ao funcionamento dos

laboratórios. Sob a responsabilidade da UFC estaria a missão de implementar o projeto, organizar didático-pedagógica e administrativamente o Curso provendo-o dos recursos humanos e orçamentários necessários ao seu funcionamento, ofertando 40 (quarenta) vagas anuais do Curso de Medicina, em cada um dos municípios de Sobral e Barbalha. Todas estas responsabilidades estavam regulamentadas nos aditamentos ajustados entre as partes. O acordo previsto para entrar em vigor a partir da data em que foi firmado vigeria por seis anos, correspondente ao período de implementação do curso conforme seu projeto de expansão. O projeto estava então lançado e quaisquer litígios que por ventura surgissem na execução deste instrumento, não resolvidos administrativamente, deveriam ser solucionados no âmbito da Justiça Federal, Seção Judiciária de Brasília, Distrito Federal.

Assim, em 12 de junho de 2000, firmaram este acordo o Prof. Paulo Renato de Sousa, Ministro da Educação, Dr. Tasso Ribeiro Jereissati, Governador do Estado e o Prof. Roberto Cláudio Frota Bezerra, Reitor da Universidade Federal do Ceará, tendo como testemunhas os Prof. Renê Teixeira Barreira e Henry de Holanda Campos.

Em agosto a UFC se manifesta publicamente em sua revista *universidade pública*. Além dos coordenadores do projeto, o próprio reitor vinha a público defender a pertinência da interiorização do ensino médico. A professora Yaci Mendonça ressaltava a importância de formar médicos mais familiarizados com sua realidade regional. Dr. Roberto Cláudio, em artigo intitulado *Decisão responsável e amadurecida*, alertava que em 1999, apenas 47% dos médicos inscritos no Conselho Regional de Medicina do Ceará (CREMEC) eram diplomados pela UFC, significando que o estado “importava médicos”. Em seu texto, o reitor descrevia a característica tripartite do estratagema de implantação do projeto, e ainda com mais entusiasmo o novo currículo, até então em flor de cunho. O professor Roberto Cláudio não ignorava resistências contra a renovação pedagógica em direção a um maior compromisso social e exortava a UFC a sair de seus muros, prevendo que em sete anos a UFC estaria capacitada a elevar de 150 para 230 o número de graduados em Medicina anualmente. Seria um grande avanço. Daí, diria ele: “as resistências – poucas – que afloraram, vindas em especial de áreas mais conservadoras, sabidamente avessas a mudanças”. (UNIVERSIDADE PÚBLICA, 2000. p. 27)

A publicação trazia, entretanto, as preditas vozes dissonantes, ou pelo menos preocupadas. Dr. Lino Holanda, presidente do CREMEC questionava: “Quem vai ficar no interior com o atual salário?” e fazia coro com boa parte dos médicos e professores de Fortaleza que torciam o nariz para a interiorização: “Que haja recursos garantidos, pois se não houver, a expansão será de problemas. Para acontecer a expansão, tinha de haver melhoria da faculdade,

dos serviços sucateados no Hospital das Clínicas, periodicamente em greve por falta de recursos”. Outro naipe deste coro, o Sindicato dos Médicos, na pessoa de sua presidente Fátima Castro, concordava com a expansão da UFC para o interior por crer que o curso de Medicina de Fortaleza já estava consolidado. Contudo, entoava uma nota harmônica ao CREMEC: “Não acho que há poucos médicos, mas uma má distribuição”, disse. Também denunciava a precariedade dos vínculos trabalhistas no interior, principalmente em relação ao Programa Saúde da Família (PSF), onde as garantias dos profissionais dependiam do prefeito de plantão. Completando o acorde deste contracanto e dando por menor a necessidade de potenciais futuros sindicalizados, a presidente do sindicato declarava-se contra até mesmo o curso particular da Estácio de Sá, evocando justificativa ideológica um tanto vaga: “Somos contrários a essa expansão. É uma universidade particular, vai contra o ensino público que defendemos”, diria a presidente. De fato, atualmente há mais médicos, mas nem todos prestigiam o sindicato com filiações e anuidades (UNIVERSIDADE PÚBLICA, 2000. p. 26).

Figura 54: Notícia da chegada do curso de medicina ao interior do Ceará

Curso de Medicina chega ao interior
Serão oferecidas 40 vagas para Sobral e 40 para Barbalha

Decisão responsável e amadurecida
Roberto Cláudio F. Bezerra

Yaci Mendonça: interiorizar o ensino para formar médicos identificados com a problemática regional.

Lino Holanda: que haja recursos ou se não houver, a expansão será de problemas.

Lino Holanda: que haja recursos ou se não houver, a expansão será de problemas.

UNIVERSIDADE PÚBLICA

Fonte: Revista Universidade Pública, 2000

4.6 UMA SEDE PARA A NOVA FACULDADE DE MEDICINA EM BARBALHA

Consumada a fase de tratativas, acordos e da definição da sede cariense a UFC determinou uma comissão para acompanhar o deputado Rommel em visita à Barbalha com o fito de avaliar características arquitetônicas e estruturais de vários prédios públicos e sua possível adequação para albergar o curso de Medicina. Pela avaliação o prédio mais adequado

seria um majestoso edifício de localização central no bairro do Alto do Rosário, à rua Divino Salvador nº284, ocupando uma grande quadra de cerca de 16.000m² com 5.179,66m² de área construída.

O prédio pertencente ao Centro de Melhoramento de Barbalha contava além de salas de aula e auditório, com piscina semiolímpica, quadra de poliesportiva e área para campo de futebol, ou seja, espaço para ampliações (FAMED, 2009). Contudo, o prédio era ocupado ativamente pelo tradicional Colégio Santo Antônio sob a direção da Ordem do Divino Salvador. A questão que se levantava era justamente como “despejar” um colégio tão tradicional e em pleno funcionamento?

4.6.1 A cessão do Colégio Santo Antônio para nova sede do curso de Medicina

O Centro de Melhoramento de Barbalha

O referido colégio fora criado em uma época em que a cidade de Barbalha contava apenas com curso primário em grupo escolar. Neste momento entra na história de Barbalha o Centro de Melhoramento de Barbalha. Segundo seu atual presidente, Dr. Giuseppe Mallman de Sampaio, trata-se de “[...] uma instituição associativa de direito privado, [...] fundada em 1944 com o fito, com o objetivo de engrandecer a nossa cidade” (Dr. Giuseppe Mallman de Sampaio, presidente do Centro de Melhoramento de Barbalha). Esta entidade desde esta época promove fortemente o desenvolvimento da cidade havendo atuado para a construção de obras físicas e sociais, como estradas, igrejas, na implantação de um banco (BEC – Banco do Estado do Ceará), indústrias, como a de cimento IBACIP e a usina de cana de açúcar Manoel Costa Filho. Contudo, as obras de maior destaque desta entidade associativa se deram nas áreas da saúde e educação.

O Centro de Melhoramento de Barbalha, fundado em 15 de agosto de 1944, idealizou os dois maiores colégios de Barbalha, o Colégio Santo Antônio e o Colégio Nossa Senhora de Fátima, respectivamente para o ensino de rapazes e moças na década de 1950 (SAMPAIO, 2005). Inicialmente a Ordem Beneditina fora convidada para dirigir os estabelecimentos de ensino. As irmãs beneditinas assumiram a condução do Colégio Nossa Senhora de Fátima. Já os padres beneditinos declinaram o convite para dirigir o educandário masculino, missão que seria acolhida pelos padres salvatorianos. Segundo nos relata seu atual presidente, o Centro de Melhoramento, atuante também na área da saúde, criou a Sociedade de Proteção à Maternidade

e Infância, por meio da qual a entidade associativa idealizou e construiu o Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo (HMSVP), sob direção das irmãs beneditinas e um dos pilares para a implantação do curso de Medicina em Barbalha. Atualmente grande referência na área hospitalar da região o HMSVP é um dos principais campos de estágio para os alunos da faculdade de Medicina.

Até para o Rei da Arábia

Em 1947 o Centro de Melhoramento de Barbalha fundou o Educandário Santo Antônio em regime de externato, contando apenas com as séries do Curso Primário. O educandário iniciou suas atividades num antigo prédio de outra entidade associativa ainda mais antiga, o Gabinete de Leitura, segundo o Dr. Giuseppe, de 1889. E logo no início dos anos cinquenta teve a construção de sua sede iniciada capitaneada por Antônio Costa Sampaio, contando com ajuda de muitas pessoas, dentre elas seus irmãos, ambos médicos e deputados, Dr. Leão Sampaio e Dr. Pio Sampaio. Inicialmente foi convidada a Ordem Beneditina para que seus padres dirigissem o educandário, o que foi declinado, ficando a direção a cargo da Ordem do Divino Salvador. Por meio de esforço comunitário com rifas, campanhas e doações se empreendeu a construção do colégio. Dr. Giuseppe descreve o esforço empenhado na tarefa:

Antônio Costa, ele pediu dinheiro a muita gente *pra* conseguir a construção do colégio. Ele mandou carta até pro rei da Arábia pedindo dinheiro, recursos pra construção do Colégio Santo Antônio. Mandava cartas até para as santas. Existia uma santa Tereza Neumann, que era uma santa em vida, ele mandava cartas pra ela pedindo ajuda [...] foi incansável na construção do Colégio Santo Antônio e foi também responsável pela vinda dos padres salvatorianos e das irmãs beneditinas pra cidade de Barbalha. No caso, especificamente do Colégio Santo Antônio (CSA), ele entrou em contato com a Ordem Salvatoriana e eles vieram administrar o CSA naquela época. (Informação verbal)³⁴.

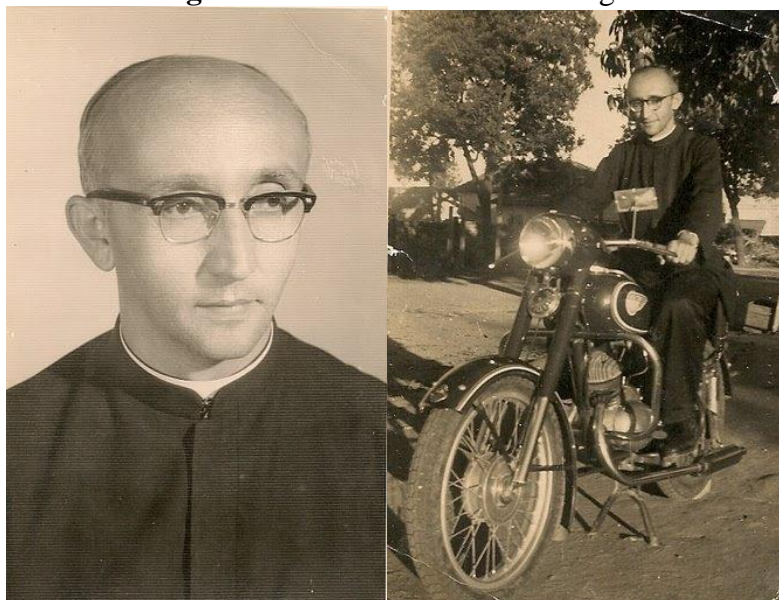
Toda a Diferença

Inicialmente o colégio era chamado Ginásio Santo Antônio, iniciando suas atividades sob a condução dos padres salvatorianos em 1951 com o Curso Ginásial destinado apenas para rapazes, o que efetivamente implantou-se, com a primeira turma de Humanistas concluindo em 1954. Em 1967, vinte anos após portanto, o colégio passou a contar com Ensino Médio, à época o Curso Científico, com aulas à noite e para ambos os sexos, condição que se estendeu também aos cursos Primário e Ginásial. Desde então os padres salvatorianos administraram o colégio até o ano de 1999 sua administração voltou ao Centro de Melhoramentos de Barbalha. Nesta

³⁴ Entrevista concedida por Dr. Giuseppe Mallman de Sampaio, Diretor do Colégio Santo Antônio. Entrevista. Entrevista III. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

fase, fora estabelecido convênio com o Sistema de Ensino Positivo. Ainda o “Santo Antônio” era o colégio mais tradicional de Barbalha, por ele havendo passado as figuras mais vultosas no campo político e social da terra, e impulsionando como nenhum outro sua formação intelectual (COLÉGIO SANTO ANTÔNIO, 2019). O Centro de Melhoramento de Barbalha guarda os mais altos valores cristãos, segundo Dr. Giuseppe Mallman de Sampaio, que vai além da vontade de realizar, a necessidade de servir ao próximo, o que segundo ele “[...] é capaz de fazer toda a diferença para uma cidade [...] (Informação verbal)³⁵. De fato, o desprendimento material e vontade, de contribuir, características inerentes à entidade favoreceu a cidade de Barbalha no que se diz respeito à escolha da ainda incerta sede do curso de Medicina.

Figura 55: Padre Paulo de Sá Gurgel



Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/3>

Do Micro para o Macro

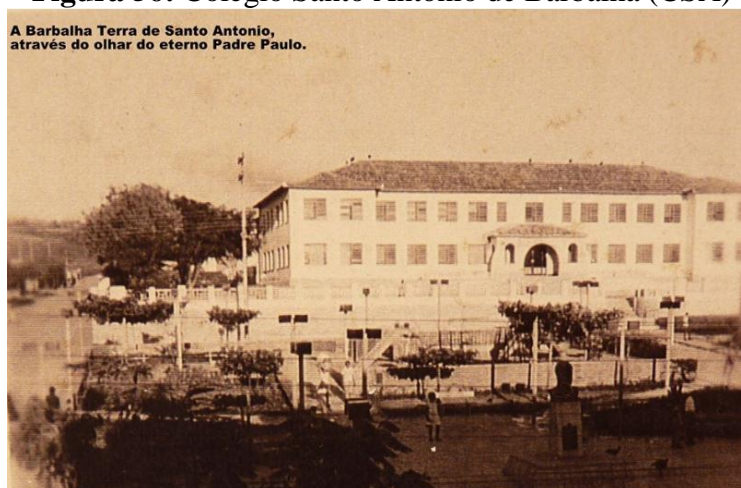
Diante deste impasse O deputado Rommel Feijó buscou interlocução com o Dr. Fabriano Livônio Sampaio, então presidente do Centro de Melhoramentos de Barbalha. Nesta empreitada, auxiliaram ao deputado o prefeito Dr. Edmundo de Sá Filho e o ex-prefeito Dr. Antônio Inaldo de Sá Barreto, catalisadores de toda uma demanda da sociedade e dos próprios alunos. Esta seria, segundo colhido em entrevista com o atual presidente do Centro de

³⁵ Idem.

Melhoramento de Barbalha, “uma doação do micro doando para o macro” (Informação verbal)³⁶, uma vez que uma pequena empresa, com apenas dois imóveis na cidade doaria o maior deles sem contrapartida estabelecida e obrigatória para uma grande instituição federal. Segundo Dr. Giuseppe, diante de rumores de que o curso de Medicina iria para outra cidade, seu pai, então presidente da sociedade, escreveu artigo em jornal local argumentando em favor da vinda do curso para Barbalha. Assim, homem de elevado espírito público, o Dr. Fabriano compreendeu a importância e dimensão do pleito do deputado, porém, segundo publicado em site da FAMED, impondo uma condição: “O prédio é da Faculdade, desde que o governador Tasso Jereissati construa outro prédio para o novo colégio Santo Antônio, que não pode ficar sem uma sede compatível com as suas tradições”. (FAMED, 2019). De fato, o Centro de Melhoramentos de Barbalha em abril de 2000 doou seu prédio para a UFC iniciar seus trabalhos de implantação do curso de Medicina.

Essa doação foi feita via contratos e existiam dois contratos paralelos. No caso, um contrato nós estávamos doando à união para que aqui fosse instalado o curso de Medicina e o outro contrato seria, inicialmente, a prefeitura se obrigando a construir um prédio em menores dimensões, mas que fosse capaz de abrigar o Colégio Santo Antônio, lembrando que o prédio doado foi um prédio de vasta dimensão [...] isso foi assinado em cartório e foi elaborado leis para que amanhã também fosse construído o Colégio Santo Antônio, para que o Centro de Melhoramento fizesse uma doação mas que também não saísse perdendo de tudo [...] e foi feito uma lei municipal e foi feito contratos com a prefeitura [...] (Informação verbal)³⁷

Figura 56: Colégio Santo Antônio de Barbalha (CSA)



Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/3>

³⁶ Idem.

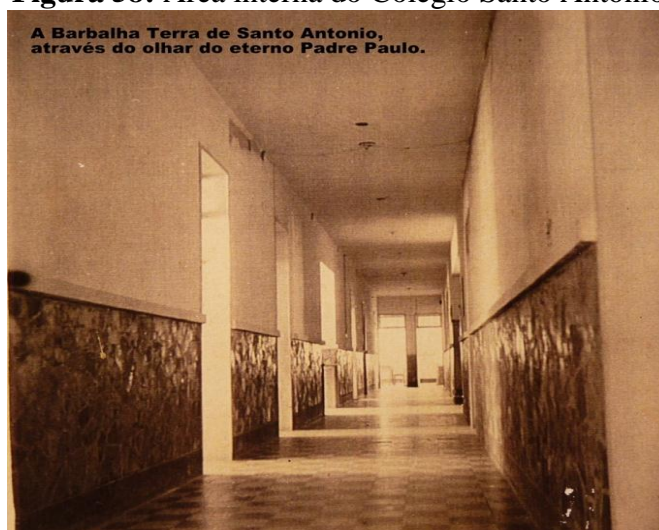
³⁷ Idem.

Figura 57: Colégio Santo Antônio de Barbalha (CSA)



Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/3>

Figura 58: Área interna do Colégio Santo Antônio



Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/3>

Figura 59: Piscina do CSA, já em regime misto



Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/3>

Contudo, logo a municipalidade se revelou insuficiente para garantir sua contrapartida: “[...] a prefeitura não conseguiu honrar com a construção do prédio por questões financeiras e aí houve a intervenção do Estado na época, na época do então governador Tasso Jereissati”. (Informação verbal)³⁸. Os alunos do Colégio Santo Antônio ficaram sem sede única, espalhados em dois distintos pontos da cidade, prédios pequenos, desconfortáveis e insuficientes para o padrão do colégio. Ainda, acrescenta o Dr. Giuseppe Mallman de Sampaio, “o colégio criou débitos federais por conta disso porque ficou sem dinheiro para cumprir com suas obrigações”³⁹ (Informação verbal). O próprio deputado Rommel Feijó recorda essa difícil passagem, conforme nos revelou em entrevista:

A gente já tinha definido que o lugar era no Colégio Santo Antônio, onde eu estudei, fiz meu ginásio lá, a Barbalha todinha estudou lá. [...] Você veja como a Barbalha queria tanto essa faculdade que um colégio de mais de cinquenta anos saiu do prédio, foi pra uma ou duas casas dentro da cidade, alugadas e ficar funcionando lá nos quartos daquela casa, que era inclusive insalubre, pra poder ceder o colégio pra faculdade de Medicina. Dr. Fabriano, era o presidente do Centro de Melhoramento, foi ele que deu, nós não compramos. Ele deu! E deu sem querer nada em troca. Ele poderia ter dito construa um colégio pra gente sair daqui! Não, não disse essa palavra. Está Dr. Napoleão Neves de prova na Barbalha! Dr. Inaldo já faleceu, Fabriano já faleceu. Só tem eu e o Dr. Napoleão dessa história. (Informação verbal)⁴⁰

O deputado Rommel lembra ainda nos conta em entrevista a dificuldade para conseguir uma nova sede para o colégio. Segundo ele, nem o governo do estado, nem a prefeitura, à frente na época o Dr. Edmundo (Edmundo de Sá Filho, PSDB, 2001-2004; hoje também falecido) tinham o recurso necessário para empreender a necessária reforma no prédio antigo. Uma nova sede para o Colégio Santo Antônio ainda parecia mais distante.

Por ocasião da inauguração do moderno Centro de Oncologia do Hospital São Vicente de Paulo, a poucas quadras do antigo colégio e agora faculdade se deu um fato determinante para a correção dessa injustiça. Encontravam-se o deputado federal Rommel Feijó, o então governador do estado Tasso Jereissati e o então ministro da saúde José Serra sob a marquise central do hospital quando, segundo registrado na página do histórico da FAMED Barbalha, “na hora dos discursos os alunos do Colégio Santo Antônio desfraldaram um a grande faixa com os dizeres: queremos um novo prédio para o Colégio Santo Antônio” (FAMED, 2019). Dr. Giuseppe recorda do momento da reivindicação:

[...] teve um evento na inauguração do centro de oncologia do Hospital São Vicente de Paulo, o governador estava aqui na época, o governador Tasso Jereissati, e nós

³⁸ Idem.

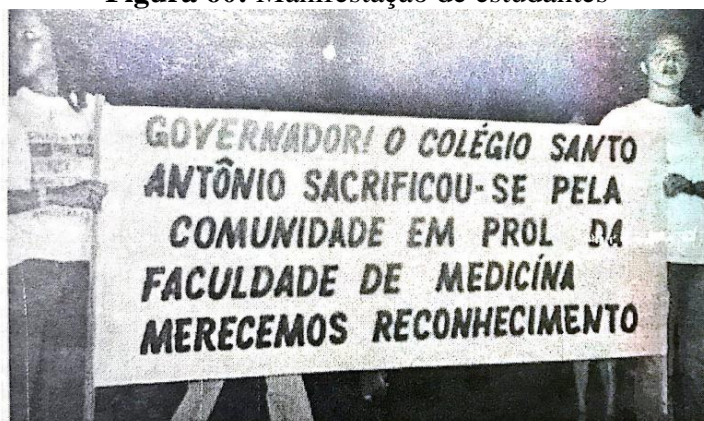
³⁹ Idem.

⁴⁰ Entrevista concedida por Dr Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

colocamos algumas faixas lá dizendo que o colégio tinha se sacrificado pela cidade de Barbalha [...] e merecíamos reconhecimento. E isso sem balbúrdia, sem confusão, sem gritaria, sem nada, só as faixas com alguns alunos segurando aquilo. [...] e ele perguntou de que se tratava aquelas faixas, aí nós explicamos e ele se comprometeu a fazer o Colégio Santo Antônio. Posteriormente o Estado veio averiguar através de alguns membros da CREDE (Coordenadoria Regional de Desenvolvimento da Educação). Vieram estudar a situação pra saber se tudo condizia ao que nós havíamos dito, explicado. Teve algumas reuniões com a Secretaria de Educação, com a CREDE, representantes do Estado, então teve todas as questões burocráticas envolvidas. Mas nós na época ficamos [...] agradecidos porque ele se dispôs a fazer e cumpriu a tarefa. (Informação verbal)⁴¹

De fato, encontramos registro fotográfico desta reivindicação, nele a faixa demonstrava de forma mais elegante o sentimento de sacrifício do colégio e pedia reconhecimento.

Figura 60: Manifestação de estudantes



Alunos, professores e direção em manifestação pacífica, chamam a atenção do Governador Tasso Jereissati. O Governador ficou a par do assunto e prometeu em público a construção das novas instalações do Colégio Santo Antônio.

Fonte: <http://csabarbalha.com.br/>

Consta também dos registros da FAMED que o próprio governador se comprometeu em público: “Fiquem certos que, na próxima semana, iniciaremos a construção do novo colégio Santo Antônio”. Apenas a partir desta cobrança o novo prédio seria iniciado. Porém, o Dr. Giuseppe Sampaio ainda acrescenta que a empreitada não foi fácil, exigindo ainda mais esforços dos barbalhenses:

Olhe, foi feito [...] o governo destinou o valor mínimo para a construção do Colégio Santo Antônio, salvo engano R\$ 680.000,00 (seiscentos e oitenta mil reais) e por conta disso praticamente não havia construtoras querendo construir porque o valor era muito baixo. Então a construtora que ergueu o Colégio Santo Antônio foi a construtora

⁴¹ Entrevista concedida por Dr. Giuseppe Mallman de Sampaio, diretor do Colégio Santo Antônio. Entrevista III. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Callou, cujo proprietário, Heraldo Luna Callou, vamos dizer assim [...] administrativamente ela não teve lucro nenhum com isso. Foi uma construção também visando o benefício de Barbalha e visando ajudar o Colégio Santo Antônio e o Centro de Melhoramento. (Informação verbal)⁴²

Segundo o diretor do Colégio Santo Antônio o montante de dinheiro empenhado para a construção do novo prédio era baseado no padrão construção de escolas públicas de então, com estrutura física bem inferiores ao que o colégio original oferecia (Dr. Giuseppe Mallman de Sampaio, diretor do Colégio Santo Antônio. Entrevista, 18'18"). Sua conclusão não se deu antes de 2003, deixando desalojados seus alunos por três anos, portanto.

Contudo, a nova sede do Colégio Santo Antônio, construída na confluência das avenidas Leão Sampaio e Lyrio Callou, na saída da cidade em direção a Juazeiro do Norte ficou à altura das aspirações de todos os que compõe o tradicional colégio. O diretor do colégio, Dr. Giuseppe, em entrevista revela que apesar dos percalços tudo valeu a pena: “A sua pergunta, como nós nos sentimos né? Bom, (suspira) nós nos sentimos na verdade, sendo sincero, sem falsa modéstia, que nós ficamos satisfeitos com a vinda desse curso pra Barbalha” (Informação verbal)⁴³. O diretor do CSA considera o curso de Medicina de fundamental importância para a cidade de Barbalha:

[...] primeiramente veio a somar com as estruturas de saúde que nós já temos em Barbalha [...] do ponto de vista da educação eu creio também que só veio a somar porque [...] a cidade [...] deixa de ser um pouco provinciana e ela começa a se relacionar com pessoas de diversas localidades e normalmente são pessoas estudiosas [...] que se doam ao estudo. Sem falar que na questão escolar os nossos alunos, por exemplo, o Colégio Santo Antônio [...] eles passaram a conhecer uma nova realidade [...] no sentido de mostrar, de revelar mais uma realidade de outros polos maiores que Barbalha e a Região do Cariri. Tem alunos que se formaram e continuam morando aqui [...] e o setor imobiliário também cresceu muito com isso porque tem pessoas que vêm morar aqui na região. (Informação verbal)⁴⁴

⁴² Idem.

⁴³ Idem.

⁴⁴ Idem.

Figura 61: Aspectos do novo CSA

Fonte: <http://csabarbalha.com.br/>

Assim, o Colégio Santo Antônio, construído na década de 1950 passava então para o comando da UFC, ostentando AS ARMAS DA LUZ, conforme o dístico de seu brasão. Segundo Dr. Rommel Feijó tudo deveria ser modernizado. Ele recorda da primeira visita de uma comissão da UFC: “[...] o primeiro era o reitor Roberto Cláudio e os outros três eram Dr. Henry Campos (Dr. Henry de Holanda Campos), era o Dr. Luciano Bezerra (José Luciano Bezerra Moreira) e o Dr. Aprígio (Dr. Aprígio Mendes Filho), vulgo carcará (risos)” (Informação verbal)⁴⁵. Dr. Rommel explica que o assustador epíteto do professor Aprígio veio dos alunos, tamanho era o seu rigor na condução de sua disciplina, a histopatologia. Segundo o deputado, a vistoria no antigo prédio revelava muito trabalho por fazer: “precisava se fazer uma reforma em todo o teto, todo o madeiramento do teto [...] tinha de ser modernizado e aí ninguém tinha dinheiro pra fazer isso. [...] nós conseguimos junto ao sucessor de Tasso que foi o Lúcio (Governador Lúcio Alcântara, PSDB, 2003-2007) (Informação verbal)⁴⁶.

⁴⁵ Entrevista concedida por Dr. Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

⁴⁶ Idem.

Figura 62: Plano aéreo do bairro do rosário mostrando a proximidade entre a FAMED UFCA e Hospital São Vicente de Paulo



Fonte: Google Earth

4.7 DESENVOLVIMENTO DA FAMED BARBALHA, EXPANSÃO DA UFC

4.7.1 Início das atividades

Figura 63: Fachada do prédio da FAMED Barbalha, à época UFC



Fonte: Arquivo do autor

Ainda que fustigado por tantas dificuldades e pendulando entre insegurança e entusiasmo neste complexo processo de expansão, o curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará tinha muita confiança nos propósitos de sua missão, reforçados pelo recém renovado Projeto Político Pedagógico. Ambos os cursos, em Barbalha e Sobral, cumpriram o propósito de iniciar suas atividades no primeiro semestre de 2001, ano seguinte à assinatura do documento do CONSUNI. O curso de Sobral iniciou-se em dois de abril e o curso caririense teve sua aula inaugural no dia 28 do mesmo mês.

As articulações para a instalação do curso envolveram a Prefeitura Municipal de Barbalha, a Câmara Municipal de Vereadores de Barbalha e Governo do Estado do Ceará, além de instituições de caráter privado. Até que fosse transferido à sua sede definitiva algumas das primeiras aulas tiveram lugar em salas anexas cedidas pela Câmara Municipal de Vereadores, na Universidade Regional do Cariri (URCA) e Instituto Centro de Ensino Tecnológico (CENTEC), segundo histórico registrado no site da FAMED (2019).

Conforme planejado o curso iniciou com quarenta alunos e oito professores (FAMED, 2009). O clima geral era de otimismo, mesmo frente às adversidades estruturais com o demorado processo de adaptações para o ensino médico em sua sede própria, o antigo Colégio Santo Antônio.

O impacto que tive aqui, ainda não conhecia a cidade, o curso recém-criado estava funcionando na sede de um antigo colégio, foi de muito receio, pois começamos com mil e uma dificuldades. O curso dispunha de uma infraestrutura física arcaica, em um colégio adaptado, malconservado, com vários problemas. Tínhamos condições bem ruins de sala de aula, adaptávamos laboratórios, coisa que, aliás, fomos ter muitos anos depois, reconhece um dos primeiros docentes do curso em Barbalha. (FAMED, 2019).

Em seu início, com suas turmas ainda em ciclo básico, o curso de Medicina de Barbalha ainda lutava por sua consolidação. Ainda como expansão do curso de Medicina de Fortaleza, o curso de Barbalha engatinhava e tentava com dificuldade firmar seus primeiros passos. Além das limitações da estruturação física e de equipamentos da escola médica seu quadro docente era reduzido e composto quase exclusivamente por regime de Professor Substituto. Contudo, havia a presença constante do grupo de experientes professores do curso de Fortaleza descritos em entrevista com o ex-deputado Rommel Feijó, Dr. Henry Campos (Dr. Henry de Holanda Campos), era o Dr. Luciano Bezerra (José Luciano Bezerra Moreira) e o Dr. Aprígio (Dr. Aprígio Mendes Filho), além do acompanhamento à distância do reitor Roberto Cláudio: “Eles vinham, passavam uma semana, outro vinha, passava outra semana”, “esses três [...] botaram a faculdade de Medicina pra funcionar na Barbalha” (Informação verbal)⁴⁷. E complementa:

Eles formaram tudo. Na construção, na formação dos professores, nas dificuldades no começo [...] faltava isso, faltava aquilo, os alunos chiando [...] e a gente quieto. O pessoal não falava da estrutura, não falava no dinheiro da manutenção, nem *falavam* das máquinas que o governo, [...] o pessoal falava da prefeitura, do prédio! (exasperado). [...] ela veio depois, ela foi vindo, foi acontecendo a reforma, a escola já funcionando. (Informação verbal)⁴⁸

O Pão que o Diabo Amassou

De fato, o ente mais cobrado é o que se encontra mais próximo, mais acessível. Nas palavras do ex-deputado “A prefeitura, o ente mais pobre! O mais pobre dos três envolvidos! Das três entidades envolvidas” (Informação verbal)⁴⁹. Todo o recurso financeiro para seu funcionamento passava por crivo central em Fortaleza. Não havia autonomia de gestão. Os primeiros anos da faculdade foram marcados por um cenário complexo onde coexistiam esperança, dúvidas, mas sem sombra de dúvida muitas lutas em prol do sucesso e consolidação do curso. “Os primeiros dois, três anos da faculdade de Medicina, essa turma, a primeira turma, ela comeu o pão que o diabo amassou! Comeu mesmo!”. O ex-deputado relata que eram muitas as comissões de alunos que se dirigiam ao prefeito, em reuniões sempre tensas de parte a parte. Mas à parte da rispidez das reuniões Dr. Rommel reconhece o porquê da luta dos alunos: “mas

⁴⁷ Idem.

⁴⁸ Idem.

⁴⁹ Idem.

os meninos tinham razão [...] eram pobres. Bom, mas aí era os meninos estudando e a gente reformando, reformando. Resultado: no terceiro ano a coisa melhorou” (Informação verbal)⁵⁰.

A casa da família Adams

O Diretor da FAMED Barbalha, Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva, recorda dos primeiros anos de funcionamento no prédio do colégio ainda em adaptação. Segundo o professor Cláudio, o prédio do antigo Colégio Santo Antônio foi construído com a ajuda da população da cidade, com os grossos tijolos, feitos com massa e barro do próprio local, apenas batido e não queimado. O modelo do prédio de grossas paredes, datado da década de 1940, não tinha nem sanitários adequados para senhoras, apenas uma peça no chão, chamada de “boi”, o que causou transtorno para as primeiras turmas de professoras e alunas. Segundo o diretor relata, desde os anos 1970 a maioria do prédio não via reformas. O professor recorda, entre risos: “quem tomava conta do prédio? Morcegos, baratas, ratos, formigas, muita formiga...” (Informação verbal).⁵¹ Segundo ele, chegar numa sala de aula era uma maratona, desviando-se dos voos de morcego e o prédio de tão rústico e maltratado recebeu de professores visitantes de Fortaleza o apelido de “casa da família Adams” (em referência a uma série televisiva estadunidense que retratava com humor uma pitoresca família residindo em um velho casarão).

Figura 64: Construção do Colégio Santo Antônio



Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/1>

⁵⁰ Idem.

⁵¹ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Figura 65: Construção do Colégio Santo Antônio

Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/1>

Contudo, o professor Cláudio considera que estas dificuldades iniciais serviriam de estímulo para que alunos, professores e técnicos abraçassem a causa como um desafio e não como algo angustiante. Segundo ele, havia o dispositivo legal, contrato entre as três esferas governamentais, daí para frente seria lutar e cobrar. Dr. Cláudio Gleidiston relata o acordo firmado entre o Ministro da Educação, Paulo Renato, o Governador do Estado, Tasso Jereissati e o Prefeito de Barbalha, Inaldo de Sá Barreto, cada um com uma tarefa específica: à prefeitura cabia reformar o prédio, ao governo estadual equipá-lo e ao governo federal, por meio do MEC, tocava-lhe a manutenção do curso em todas as suas ações. Porém, aí surgiram alguns problemas, segundo recorda o diretor, não apenas para reformar o prédio, mas para compor o corpo docente: “O prefeito disse que não tinha dinheiro, então não houve reforma, o Paulo Renato saiu (do ministério) e disse que deixava pro ministro seguinte. O ministro seguinte disse que não era prioridade e aí nós ficamos, a toque de caixa” (Informação verbal)⁵².

Figura 66: Aspecto do prédio ao ser entregue legalmente para a Faculdade

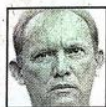
Fonte: Acervo da FAMED Barbalha

⁵² Idem.

A grita por melhores condições não partia só do alunado. Em artigo para o jornal *O Povo* o professor livre docente do departamento de cirurgia da UFC, José Moreira Lima denunciava a falta de condições estruturais no prédio do antigo colégio bem como de seu corpo docente. Segundo o artigo a abertura do curso teria sido açodada, com abertura do concurso apenas de última hora e para professor substituto, com salário de aproximadamente 500 reais. Apesar de reconhecer que lá havia obras de reforma e construção o professor descreve o ambiente do velho colégio como sujo e mau cheiroso, chegando a descrever “uma avalanche de morcegos” a transitar durante as aulas. Estas aulas ministradas por professores cedidos de outras instituições (Universidade Regional do Cariri - URCA) em apenas uma disciplina no semestre inteiro. O professor, demonstrando preocupação, recomendava em seu artigo a transferência imediata dos alunos de Barbalha para a matriz do curso em Fortaleza, além da suspensão de novos vestibulares para o curso barbalhense até que estruturasse adequadamente este curso. Em seu artigo, o professor relata que quando demonstrou seu “desencanto” a um graduado gestor do curso, o mesmo lhe teria respondido que estava “interessado” apenas na parte física da escola e que “a grade curricular é outra coisa”. Talvez o comentário estivesse endereçado implicitamente ao professor Aprígio Mendes Filho, o qual estava responsável pelas reformas estruturais e equipamentos da instituição, deixando os assuntos curriculares para o então diretor Henry Campos. O professor Moreira Lima, apesar de sensível às questões estruturais e curriculares, não detalhava sua proposta de como abrigaria e custearia quarenta alunos de diversas cidades na capital cearense. O professor Moreira Lima iniciava suas palavras com “Enquanto clamamos pela melhoria da Faculdade de Medicina da Universidade federal do Ceará (UFC)...” e “Lá o carro andou na frente dos bois” (conforme figura abaixo), remetendo a já decantada resistência da comunidade acadêmica trazida a lume na entrevista com Dr. Rommel Feijó. Que diria o professor de um curso que iniciou suas atividades em um grupo escolar e que durante anos a fio teve mais professores que alunos, inclusive graduando apenas três na primeira turma?

Figura 67: artigo do professor Moreira Lima

Ensino médico no interior



José Moreira
Lima
Professor

Enquanto clamamos pela melhoria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC), com aquisição de equipamentos e livros para a biblioteca e realização de concurso para professores, eis que uma de suas filiais, a faculdade de Barbalha, encontra-se em estado ainda pior, verdadeiramente vexatório. Lá "o carro andou na frente dos bois".

Foi realizado um vestibular e selecionado um grupo de jovens aptos a cursar medicina. Mas não houve preocupação sobre onde e como deveria funcionar a nova faculdade. Tampouco foi lembrado que equipamentos e corpo docente são necessários. Na última hora foi aberto concurso para professor substituto, com salário de aproximadamente 500 reais mensais. Seis candidatos se inscreveram e cinco foram reprovados. E agora, como está? Mesmo sabendo da situação precária não me pronunciei até conhecer a realidade de perto.

Em visita a Barbalha, encontrei um prédio velho onde já funcionou um colé-

gio. No prédio, grande e com sinais de abandono, uma avalanche de morcegos transita livremente em vôo rasante. Do meio para trás do casarão, alguns operários trabalham demolindo paredes e fazendo escavações. Num canto da frente,

Uma das filiais da UFC, a Faculdade de Medicina de Barbalha, encontra-se em estado verdadeiramente vexatório (...) uma avalanche de morcegos transita livremente durante as aulas

vi uma sala de aula com alunos. Visitei. Naquele ambiente sujo e de mal cheiro um professor dando aula de biologia, que, segundo o coordenador do curso, havia sido remanejado da Universidade Regional do Cariri (Urca). E ainda segundo o mesmo, neste primeiro semestre, apenas aquela disciplina estava sendo ministra-

da. Quando mostrei meu desencanto, ele limitou-se a dizer que está se preocupando apenas com a parte física da escola. A grade curricular é outra coisa.

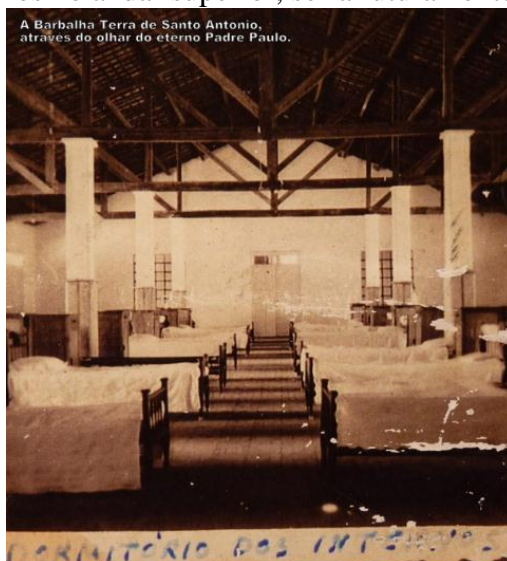
Sempre fui um professor preocupado com o ensino médico. Durante a aprovação dos cursos do interior procurei dialogar com companheiros do corpo docente da faculdade. No ano passado, escrevi dois artigos no O POVO sobre o assunto. Fiquei certo de ter cumprido parte da minha missão. Agora vejo que foi pouco demais. Ao ver aqueles alunos entregues aos morcegos, a tristeza me fez retomar o assunto. Mas nem tudo pode estar perdido.

A solução inteligente seria a promoção da recuperação das disciplinas básicas de nossa faculdade e a transferência imediata dos alunos de Barbalha para a matriz, em Fortaleza. Afinal eles não têm culpa de tudo o que aconteceu. Eles são vítimas da imprudência. Sugiro ainda que eles possam iniciar novamente o primeiro semestre em agosto, junto à turma regular, e que seja suspenso o novo vestibular para Barbalha até haver condições. Em 2003, quem sabe.

José Moreira Lima é professor livre docente do Departamento de Cirurgia da Universidade Federal do Ceará (UFC)

Fonte: Jornal O Povo 23/06/2002

Figura 68: Dormitórios no andar superior, seria futuramente a casa de morcegos?



Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/1>

A resposta da gestão acadêmica viria imediatamente e duríssima. Coube ao então diretor da faculdade, Dr. Henry de Holanda Campos, no mesmo jornal, defender fortemente o projeto de expansão do ensino médico para o interior do estado. Não antes de considerar a crítica “ensandecida e irresponsável, leviana, pelas patranhas em que se fundamenta, torpe, pelos objetivos que persegue, patética e melancólica, pela frustração que a motiva” (Dr. Henry de Holanda Campos). O diretor da faculdade não negava as dificuldades do projeto, o que o tornava, em suas palavras, “mais meritório e desafiador por representar uma das poucas iniciativas recentes de expansão do ensino superior público e a primeira de interiorização do

ensino médico gratuito”. Segundo Dr. Henry, “apenas um espírito beócio ousaria assumir a tarefa de desafiar a inteligência da sociedade”. Passou o diretor a relatar o caráter inédito e dialogado da empreitada “durante pelo menos cinco anos” junto à comunidade acadêmica, obedecendo a um criterioso projeto pedagógico respaldado em foros locais e nacionais, também ressaltando a lisura de todos os contratos e certames concursais. Dr. Henry brindara ainda o leitor com uma análise educacional capaz de fazer corar “mesmo o mais empedernido dos privatistas”, lembrando-lhes que da faixa de 18 a 24 anos da população brasileira, apenas 12% estava na universidade. Em contraponto, nos EUA, 78% dos 14 milhões de universitários incorporavam instituições públicas e que dos 22% restantes, apenas 1,4% estavam em instituições com fins lucrativos. Por fim, louvava a confiança dos estudantes e demais parceiros na consciência de que “participar desta construção coletiva é fazer história” e que aquela iniciativa iniciava uma “nova era”, com “abertura de novas e sólidas perspectivas de formação”, “para infortúnio de moréias da educação”.

4.7.2 Formação do corpo docente, discente e primeiras impressões do curso

Nos primeiros anos, o corpo docente da faculdade era essencialmente por professores substitutos. Além da precariedade de instalações e de seu vínculo profissional, os primeiros professores assumiram a missão de dar partida a um curso com currículo inovador e não muito bem compreendido para aqueles formados no antigo sistema. Os primeiros alunos do curso de Barbalha, estes vinham há tempo construindo em suas mentes o sonho de serem médicos e médicas. À época em que o Ceará dispunha de apenas cinquenta vagas de Medicina por semestre, alguns já haviam passado por tentativas frustradas. Era comum virem de cursinhos pré-vestibulares dotados de instalações confortáveis em Fortaleza, perfil que mudaria ao longo dos anos. Embalados pela conquista de seus sonhos no primeiro vestibular chegaram na região e encontraram um cenário adverso e contrastante às suas expectativas de ensino superior médico. Não arrefeceram e partiram para a luta, enfrentando juntos com docentes e gestão os desafios de um curso universitário em ser.

Professor Hidemburgo Gonçalves Rocha, professor do curso de Medicina da UFCA identifica momentos de temor, dúvidas e até desesperança de alguns alunos, que, segundo ele, prefeririam a transferência para Fortaleza no início do curso. Por fim venceu a resistência em fixar o curso, o que permitiria a vinda de outros cursos federais e a criação de uma universidade

para o Cariri. Dr. Hidemburgo imagina se o curso tivesse sido interrompido aqui até conclusão das obras:

Rapaz, teria sido fatal!. Se a gente não tivesse segurado aqui... [...] Diziam: “Professor *home!* Dá uma forcinha aí...”, e eu dizia: “rapaz, tô sem tempo”. Eles chegavam com aquele ânimo. Uns queriam ir, com aquele medo. Mas outros não queriam deixar. Venceram! [...] mas foram os corajosos que começaram, se não fosse eles... não teriam arrastado tudo isso (a universidade). Aqui foi a semente né? Foi tudo. (Informação verbal)⁵³

Aqui peço licença ao leitor para apresentar alguns personagens que me ajudaram a recontar esta história.

A maior dificuldade para entrevistar o professor Hidemburgo Gonçalves Rocha foi achar em sua carregada agenda uma hora inteira para conversa. Apesar de sua presença quase contínua na faculdade, pareciam não haver fim as atividades de orientação, aplicação de provas e ministração de aulas teóricas e práticas no ambulatório. Condizente às suas atividades, o professor já maduro, de cabelos entre louros e brancos tem fala rápida. Não gosta de perder tempo com longas elucubrações enquanto ajusta seus óculos de grossas lentes que tornam mais miúdos seus olhos azuis. Graduado em Engenharia Química, tem mestrado em Bioquímica e Fisiologia e doutorado em farmacologia. Junto dos alunos ensina e pesquisa sobre lectinas, colesterol, fito-hormônios e fitoterápicos na disciplina de biologia celular e molecular. Apesar de sua área profundamente específica, não deixa de percorrer os hospitais com seus alunos em projetos de extensão voltados para a humanização da profissão médica. Hidemburgo também é um homem que reflete sobre educação.

Meia volta

Perguntado como tomou conhecimento e ingressou no curso de Medicina da Barbalha o professor Hidemburgo nos conta uma história bem própria de sua personalidade. Dirigia-se ao Crato para dar aula na URCA, quando no rádio do carro ouviu que uma comissão do MEC chegara para avaliar o Colégio Santo Antônio para implantar a faculdade de Medicina: “Aí eu disse, vixe rapaz! É minha oportunidade!” (Informação verbal)⁵⁴ Incontinenti mudou seus planos do dia: “[...] eu tava na metade do caminho. Ali mesmo dei a volta e corri pra cá. Cheguei antes da equipe. Não sabia nem que hora a equipe ia chegar” (Informação verbal)⁵⁵. O ímpeto do professor o impediu de registrar os detalhes da emissão de rádio, o que foi compensado por

⁵³ Entrevista concedida por Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha. Entrevista IV. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

⁵⁴ Idem.

⁵⁵ Idem.

sua persistência e perspicácia: “Eu digo, nem que eu fique aqui o dia todo, mas eu vou esperar” (Informação verbal)⁵⁶. Hidemburgo lembra das suas primeiras impressões sobre o prédio desativado e da equipe do MEC, que na verdade eram representantes do curso em Fortaleza em sua maioria. Ele os abordou com seu incomum desassombro:

Fiquei no portão da entrada. Era amarrado de corrente, não tinha nem cadeado. Na rádio dizia “notáveis do MEC”. Pensei, “deve ser um pessoal bem especializado né?” E aí fiquei na porta esperando. Daí começo a perceber um burburinho na praça (Praça Presidente Kennedy, defronte à faculdade) e vinha um pessoal todo de paletó (coisa rara no Cariri). “Devem ser aqueles! Eu vou logo entrar ali no meio” (Informação verbal)⁵⁷

Sem ao menos se apresentar ao grupo, o professor Hidemburgo procurou saber mais detalhes do processo e se impressionou negativamente com o estado de conservação do colégio: “Comecei a conversar com eles [...] já fui como se fosse da turma e eles nem notaram que eu não tinha nada a ver com eles (será?). [...] Aí eles abriram o portão. Eu disse: rapaz, como é que vai começar m negócio desse aqui? Todo cheio de teia de aranha, morcego passando?” (Informação verbal)⁵⁸.

Quase duas décadas depois o professor Hidemburgo recupera essas memórias e repensa sua impressão sobre o feito: “Mas eles fizeram aquilo. E hoje; Oh (espalma ambas as mãos olhando em volta)! É uma das maiores faculdades do Brasil. Se não fosse aquele entusiasmo deles pra começar, talvez não tivesse começado não.” (Informação verbal)⁵⁹.

O professor Hidemburgo aguardou também com entusiasmo o concurso, que se deu em Barbalha mesmo, nas dependências do colégio Nossa Senhora de Fátima. Para sua disciplina, Biologia Celular e Molecular, tinham três ou quatro candidatos, segundo recorda, para a vaga única. Após a aprovação, diz Hidemburgo, as aulas não se deram logo em seguida:

Passamos por treinamento. Eu, Gislene, Evanira e uma professora que entrou com a gente, mas logo desistiu (Rosane Weber), uma branquinha. Acho que foi uma semana de treinamento, principalmente voltado *pro* PBL. Era um máximo da universidade, eles achavam! Tudo voltado pra aprendizagem baseada em problemas. Era uma novidade pra região. Era mesmo e foi! (Informação verbal)⁶⁰.

Dr. Hidemburgo conta de seu entusiasmo com o tratamento depois de aprovado. O que seria um pouco frustrado mais adiante:

Fomos pela união. Eles deram pela União até estadia, hotel, tudo pago! Transporte de avião, a gente foi de avião, o melhor hotel de Fortaleza, com tudo pago! Até as portas eram de cartão magnético! Ali a gente se reuniu, passou por esse treinamento. Tinha

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ Idem.

⁵⁸ Idem.

⁵⁹ Idem.

⁶⁰ Idem.

até professor do estrangeiro. Ele ia falando e o Dr. Henry traduzindo. Primeiro, noções básicas. Aí eles batiam muito que a gente tinha que usar das atividades integradas. [...] A gente foi quem criou aqueles formulários de avaliação dos alunos, que participavam, além da atuação normal, por essas atividades integradas. Depois a gente foi preparar os cronogramas das disciplinas, ainda em Fortaleza. Quem ensinou a gente a preparar foi um grupo de professores e a professora Neile Torres. Fui eu quem criou o cronograma para Biologia Celular e Molecular e Fisiologia. A Histologia saiu, foi incorporada à Biologia Celular. Era para cinco, seis professores. Não dava nem tempo almoçar! Diziam, não pode sair daqui! Era eu sozinho para fazer essa parte. Aí depois foi chegando, três meses depois foi chegando outros e melhorando. (Informação verbal)⁶¹

A animação desta recepção em Fortaleza diminuiu ao voltar para o Cariri. O grande volume de trabalho não foi adequadamente remunerado: “Demoraram até pra fazer os pagamentos. Passaram uns três a quatro meses sem pagar” (Informação verbal)⁶².

O professor relembra as condições adversas de trabalho, além dos atrasos de pagamento, sobrecarga de trabalho. Mas segundo ele, o interesse dos alunos foi fundamental para a sustentação do projeto.

Agora, os alunos... Não fosse por eles isso aqui não teria existido... Eles lutavam com garra, pra defender isso aqui rapaz! Quando não dava certo uma coisa, eles lutavam, iam atrás. O Luciano (Moreira Bezerra, primeiro coordenador do curso) também. Um entrosamento entre alunos, professores e direção da UFCA, à época UFC. Eles aceitaram, um monte de tempo, eu ficar sozinho. Só isso aí já diz o que o aluno queria. [...] A minha área precisava de seis professores, eu *tava* pelos seis. Quem iria segurar um professor sem concurso (efetivo), sem nada, sem pagamento? Se eu dissesse assim: “Oh, não vou mais!” Meu amigo, já *tava* em Fortaleza!” (Informação verbal)⁶³

Ele relembra bem-humorado o estranhamento dos alunos nas primeiras semanas de aula, o que posteriormente levaria a reivindicações por par dos alunos:

[...] “ôxe, a gente vem de manhã tem o Hidemburgo, a gente vem de tarde tem o Hidemburgo, não tem outro professor não?!” Aí o Luciano (Moreira Bezerra) dizia: “calma que a gente tá ajeitando. Tá chegando” E aí foram chegando mais professores. Fisiologia, farmacologia, foram chegando... (Informação verbal)⁶⁴

A estrutura inicial também era acanhada. Segundo Hidemburgo: “Eram três salas. A sala da direção, a sala de aula e a bibliotecazinha. Só tinha uma sala de aula e uma biblioteca pequenininha” (Informação verbal)⁶⁵. Esta biblioteca tinha parte de seu acervo doado pelos próprios professores. Tijolos literários ainda vivos em meio às numerosas estantes do presente. “Eu trazia retro-projetor da URCA emprestado, aqui não tinha” (Informação verbal)⁶⁶ lembra Hidemburgo. O professor se exasperava com a burocracia em relação ao curso da UFC:

⁶¹ Idem.

⁶² Idem.

⁶³ Idem.

⁶⁴ Idem.

⁶⁵ Idem.

⁶⁶ Idem.

[...] eu tava dando aula e na porta não tinha o vidro (da bandeirola) e tava uma *zuada* danada (barulho ensurdecedor), e aí eu fui inventar de catar vidros velhos, vi um perdido lá atrás (metralhas da obra). Disseram; “o que é que você tá fazendo com esse lixo aí?!” [...] Eu mesmo botei (o vidro). Subi na escada com martelo e prego e botei! Mas deu confusão. Tudo era pra ligar pra Fortaleza, até pra botar um vidro. Eu dizia: “eu quero lá saber de Fortaleza! Eu mesmo boto o vidro e prego!” (Informação verbal)⁶⁷

Além de equipamentos, outros insumos e até cobaias eram transportados por Hidemburgo:

Tinha um biotério aqui. Quando faltava ração, eu trazia de Fortaleza. Na época eu tava fazendo doutorado. Eu trazia no meu carro, de graça. Enchia meu carrinho vermelho, um palio e trazia a ração. Às vezes trazia até uns animaizinhos quando precisava, lá do biotério de Fortaleza. (Informação verbal)⁶⁸

E relembra de um fato assustador: “Depois veio o anfiteatro de anatomia, onde os alunos faziam a dissecação”. E conta:

[...] inclusive, o material dele não era o adequado. Onde botava os cadáveres era de alvenaria. Aí chegou a estourar um. Derramou o formol. Todo mundo correndo pra ver se resolvia. Aí compraram caixas d’água pra botar dentro (os cadáveres). (Informação verbal)⁶⁹

O problema causou um alvoroço na coordenação no Cariri, que teve de resolver articulando com o pessoal de Fortaleza:

Quem tomava conta de tudo isso era Aprígio (Mendes), professor de Fortaleza. Ele vinha de 15 em 15 dias. Aí olhava tudo. Sentava na mesa. [...] só tinha eu e poucos professores. Ele conversava muito comigo, me elogiava. [...] Ele era o representante do pessoal que vinha. Era como se ele fosse o diretor, coordenava tudo. (Informação verbal)⁷⁰

O professor relembra do papel do professor Aprígio Mendes na estruturação dos espaços que exigiam mais investimentos em equipamento, sobretudo em sua área, de microscopia. O resultado excedeu as expectativas do professor Hidemburgo, apesar do atraso que já lhe deixava impaciente:

Já tava tudo pronto pela engenharia. Só faltava botar uns azulejos, pintar e botar forro novo (tudo pronto?) e transferir o material que *tava* guardado. Eu dizia: Aprígio rapaz, vai passar a data de garantia (dos equipamentos). Se a gente não botar no lugar (para funcionar) vai perder! E ele protelando. Alguns ficaram fora da garantia, mas era tudo material bom, não chegou a *repercutir* nada. [...] O laboratório lá em cima, tudo o que está ali foi da época de Aprígio, não tem nada novo. Não passou um ano, ano e meio e chegou o equipamento todinho. É tudo Nikon rapaz! Só lente Nikon (atestando a qualidade). As televisões para projetar as lâminas (telões de plasma, novidade na época), as cortinas, tudo do bom e do melhor. Pode olhar, nas outras universidades o material quebra. Aqui nunca quebrou nada. Dr. Aprígio era muito entusiasmado com histologia, escreveu livros e tal. Ele me disse que jogou todo o suor dele naquele

⁶⁷ Idem.

⁶⁸ Idem.

⁶⁹ Idem.

⁷⁰ Idem.

laboratório. Realmente ele comprou o material do melhor, nada se quebrava. Ainda hoje tá aí, tudinho funcionando. (Informação verbal)⁷¹

Hidemburgo não gostava de esperar, ele mesmo, junto dos funcionários e do Dr. Aprígio não esperavam os técnicos e já iam levando o material para as salas e desembalando seus “brinquedos”. Sobretudo no laboratório de bioquímica, o professor Hidemburgo supervisionou cada detalhe: “Fomos classificando. De anatomia é isso. Isso é de bioquímica. Tá entendendo? Os adequados para cada canto. Por exemplo: ‘essa balança é da bioquímica’. E assim por diante”. (Informação verbal)⁷²

Segundo o Dr. Hidemburgo, o Dr. Aprígio não ministrava aulas. Era responsável “apenas” pela administração do projeto e estruturação do ambiente e equipamentos. Como Dr. Hidemburgo era muito ativo, logo surgiam atritos. “Não era só a direção. Eu pra participar [...] fazia confusão né? Uma confusão boa. Eu forçava a barra pra também participar. Se vai botar as coisas, eu também que botar, se for pra pegar peso eu pego. E pegava!” (Informação verbal)⁷³ Dr. Aprígio se exasperava com o mercurial professor de Biologia Celular e Molecular, que sempre procurava uma forma de desembaraçar as inacreditáveis limitações impostas pela burocracia. Ele conta um exemplo mais que representativo de nosso currículo inovador em atividades integradas, trabalho em equipe multidisciplinar e aprendizado baseado em problemas. Problemas estes criados pela própria gestão. Na resolução dos problemas, entravam até os comerciantes, os quais, segundo Hidemburgo tinham profundo respeito pelo curso médico: “eles tratam bem a gente. [...] Se tu visse o amor que eles tem pela gente... Rapaz, eles gostam muito. Amam e respeitam” (Informação verbal)⁷⁴

No laboratório de microbiologia, tinha um aparelho lá, a autoclave, pra fazer a esterilização, que não tinha como liga-lo porque ele era 110V e a corrente daqui é 220V. Pra ligar tinha que comprar o transformador adequado, senão ia queimar. Ninguém tinha dinheiro. Aí eu fiz uma cota, dei um terço, os alunos um terço e os comerciantes. Rapaz, eles amavam isso aqui! Eles reduziram o preço e deram o outro terço. Daí eu peguei um livro do segundo grau (ensino médio) e calculei matematicamente. Com um livro do segundo grau! Amperagem, voltagem, fui eu que calculei. Ainda hoje tá lá, ligado. Se você comprasse o “bicho” errado ia queimar. Eu botei 10% a mais pra nunca queimar. Transformei tudo na época, agora eu não sei mais não, nunca estudei isso. Mas está lá, ainda hoje funciona, nunca queimou! (Informação verbal)⁷⁵

O resoluto Dr. Hidemburgo, além de uma constante nas salas de aula, como era um dos poucos professores, tinha que representar a FAMED em várias solenidades, para sua angústia.

⁷¹ Idem.

⁷² Idem.

⁷³ Idem.

⁷⁴ Idem.

⁷⁵ Idem.

Num dos primeiros simpósios da faculdade, ele deveria estar presente numa mesa redonda já no auditório. Quando anunciaram:

[...] “Vamos abrir a mesa redonda!” Era um negócio de coração, ou era de câncer. Eles pensavam que eu era médico. Disseram: “o presidente da mesa, Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha.” Eu disse: “*êita diabo*, eu não sei nada de coração!” Aí fiquei sentado lá e o povo falando. Eu com um medo danado. Se eu fosse (chamado para) dizer alguma coisa? O que eu iria dizer sem entender nada disso. Um monte de médicos e eu era presidente. Com um monte de médicos e todo mundo pensando que eu era médico (risos). (Informação verbal)⁷⁶

Mas nem tudo era angústia. Ao completarem um ano de início das aulas houve uma solenidade. “[...] eu e os funcionários botando as cortinas, as coisas, pregando, ajeitando tudo... tinha uma bandinha tocando pro povo [...]” (Informação verbal)⁷⁷. Nesse ponto Hidemburgo, emocionado, faz uma pausa, tira os óculos, enxuga as lágrimas, pede desculpas e misteriosamente retoma a entrevista falando de outro assunto...

Um dos primeiros professores, Dr. Cláudio Gleidiston, rememora sua trajetória pessoal e como se cruzou com a história da FAMED Barbalha:

Um feliz acaso

O atual diretor da instituição, o professor Cláudio Gleidiston Lima da Silva, lembra de suas primeiras aproximações com o curso de Barbalha. Dr. Cláudio revelou sua trajetória invulgar na arte médica. Inicialmente formado nas áreas de estatísticas e outras ciências exatas pretendia inicialmente cursar física. Após uma frustração inicial por não encontrar seu nome entre os aprovados do curso, descobriu que, devido a um erro de perfuração do cartão Holerith, inscreveu-se por engano no curso médico da UFC. Em tempos de vigência da Reforma Universitária de 1968, quando havia o ciclo básico e amplo, comum a vários cursos, foi se acomodando na Medicina enquanto transitava pelas disciplinas de filosofia, cálculo, sociologia e nada de sangue! Apenas no segundo semestre se depararia com cadáveres e com o sangue. Embora bastante retraído em sala de aula (meio índio, como descreve), o aluno desempenhava bastante bem suas atividades, o suficiente para chamar atenção do professor Geraldo de Sousa Tomé. O patologista mais antigo da UFC, remanescente da primeira formação do curso. Daí em diante encantou-se pela disciplina e sua característica de amarrar conhecimentos do ciclo básico ao profissional, clínico, superando a incômoda dicotomia. Da Patologia foi fisgado pela

⁷⁶ Idem.

⁷⁷ Idem.

docência, ampliando sua paixão em mobilizar e partilhar conhecimento, também vislumbrando na profissão uma saída para sua independência econômica.

Nascido e criado na UFC

Professor Cláudio Gleidiston, além das possibilidades múltiplas da profissão docente, descreve uma ligação atávica com sua instituição primeira: “Eu digo que nasci e me criei dentro da UFC porque entrei muito novo [...] dentro da UFC e toda a minha vida acadêmica foi dentro dela” (Informação verbal)⁷⁸. Sua encruzilhada ideológica inicial o punha para ensinar a soldo em uma universidade privada, a UNIFOR, pois precisava prover-se, e de graça na UFC. Após cursar Residência Médica em patologia, consegue por concurso colocar-se a serviço de hospital público na Messejana (Fortaleza). A política de descentralização dos serviços médicos na gestão do Dr. Lúcio Alcântara como secretário de saúde do estado o traz ao Cariri em 1991. Nesta época surge a possibilidade de ingressar na docência superior caririense, ajudando a estruturar o curso de Enfermagem da URCA. Então já mais caririense que praiano é surpreendido com a notícia da expansão do curso da UFC para a região. À frente da empreitada estavam alguns de seus mentores intelectuais da velha casa: Professor Henry Campos, Neile Torres e Marciano Sampaio. Inicialmente refratário à ideia alegando falta de estrutura, foi vencido pelos nobres interlocutores: “quando [...] me convenceu que *pra* eu fazer uma crítica eu precisava estar lá dentro e não ficar fora criticando e sendo contra né?” (Informação verbal)⁷⁹.

Dr. Cláudio Gleidiston além da residência e mestrado em Patologia, na área de Medicina Tropical, que já tinha ao ingressar na faculdade de Barbalha, fazia doutorado em Farmacologia e um pós-doutorado em Saúde Coletiva já como coordenador do curso e hoje diretor. Tudo em meio ao processo de consolidação do curso. Sempre formal no trato, porém de muito bom humor é uma das figuras mais presentes na faculdade. Sempre de paletó e gravata, percorre das salas de aula aos laboratórios, das bancadas do SVO aos auditórios. E ainda é conselheiro do CREMEC, oportunidade derradeira que tem de aconselhar seus alunos antes de carimbar-lhes os diplomas. Quando finalmente é incorporado ao corpo docente da instituição testemunha a “correria” para a contratação de professores semestre a semestre:

[...] quanto aos docentes, foi a toque de caixa. A cada semestre era uma correria *pra* conseguir vaga. Não era para efetivo, era *pra* substituto, e isso se explica porque o

⁷⁸ Idem.

⁷⁹ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

curso era uma expansão, não era um curso novo. Então, alguém lá de Fortaleza, da Medicina estava ausente, colocavam um substituto para vir pra cá. Era o que se justificava. [...] Na verdade, era como se nós fossemos uma sala de aula a mais do curso de Medicina lá de Fortaleza. [...] eles usaram esta artimanha pra poder ter professor aqui. O curso começava apenas com os primeiros semestres e a cada semestre iam colocando professores substitutos. [...] final de 2001 é que começaram a aparecer as primeiras vagas para professores efetivos. (Informação verbal)⁸⁰

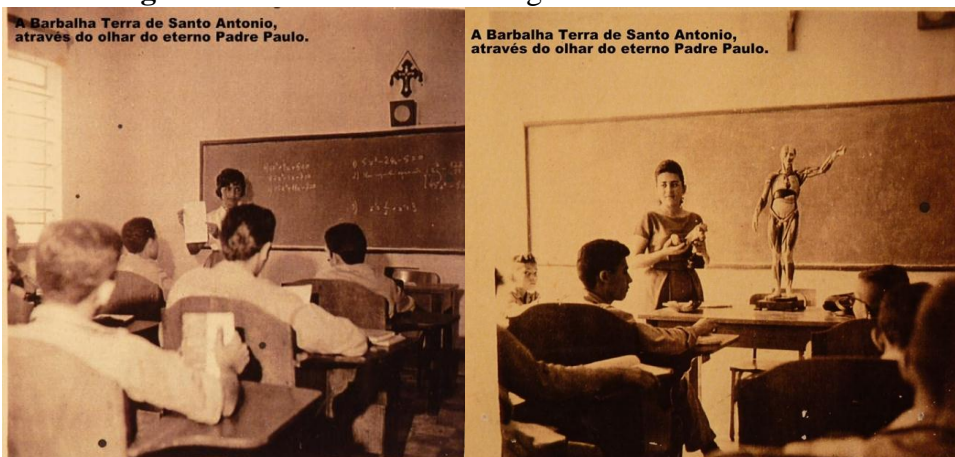
Uma das fundadoras, a professora Gislene Farias de Oliveira, veio da Paraíba. É psicóloga com doutorado na área de Psicologia Social e pós-doutorado em Ciências da Saúde. Além das atividades de docência na graduação e mestrado, a professora assiste a alunos em aspectos pedagógicos e psicológicos. Ainda é editora de periódicos científicos, como os cadernos de cultura e ciência da URCA e a revista ID ONLINE, revista multidisciplinar de foco em psicologia. Sua simpatia e delicadeza foram fundamentais para enfrentar os maiores desafios da consolidação do curso, inclusive como coordenadora. Desafios que persistem e os novos desafios que não cessam de surgir, diga-se de passagem.

Ela recorda que, na época, estava em casa realizando uma busca aleatória no computador quando entro por acaso no site da UFC e se deparou com um concurso para Ciências do Comportamento, seu interesse inicial a levou a aprofundar a pesquisa até que se inscreveu no concurso para professor substituto na UFC, designado para o curso caririense, sendo uma dos três professores aprovados no primeiríssimo concurso. A professora Gislene nos revela em entrevista que, oficialmente, a primeira coordenadora do curso foi a professora Rosane Weber. Contudo, por questões pessoais teve que deixar a região, ficando apenas por três meses e passando o cargo para a professora Gislene, que era sua vice-coordenadora. Assim, mesmo oficiosamente, consideramos a professora Gislene a primeira coordenadora do curso da FAMED Barbalha. A professora revela que ao chegar no prédio da FAMED encontro o piso térreo bem estruturado, a surpresa foi ao adentrar uma sala de aula, ainda sem os alunos e se deparar com as carteiras escolares de criança, bem velhinhas, segundo ela conta entre risos. Nesta época, segundo recorda, não havia retroprojeter ou pincel. Seus primeiros trabalhos foram com giz. Segundo Gislene, a parte de cima do prédio era intocada, suja, desalinhada, lar de morcegos e até viveiro de abelhas, “onde se poderia até tirar mel” conta entre risos. A professora conta que ninguém ousava ir lá. Então os alunos passaram a se mobilizar, foram às rádios e até televisão. A imprensa daria uma cobertura sensacionalista e distorcida da realidade,

⁸⁰ Idem.

mas que, de toda forma, pôs a classe política e acadêmica a mexer-se em função de estruturar o curso. (Informação verbal)⁸¹

Figura 69: Sala de aula do Colégio Santo Antônio



Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/1>

A professora Gislene considera-se no lugar do aluno da capital, que vinha de salas de aula com ar-condicionado, quadro com pincel, etc... imaginando sua decepção, aumentada quando descobriram que nenhum dos três primeiros professores era médico. Havia apenas duas salas de aula operantes, segundo ela. As demais estavam fechadas. A biblioteca, recorda, tinha duas, no máximo três estantes de livros. Não parava por aí. Dra. Gislene relembra que não houve salário no início, por meses a fio, embora os professores cumprissem todas as aulas, preenchessem as cadernetas, marcando presença, falta, etc... Até que quatro meses depois, o diretor, professor Henry, conseguiu uma bolsa incipiente: “algo como trezentos reais. Só dava *prás* transparências” recorda bem-humorada a professora. Segundo Gislene, quase nada era da universidade, e os professores providenciavam tudo, os materiais, inclusive por empréstimo de outras instituições. O professor Hidemburgo, conta ela buscava televisão para passar filmes numa casa de acolhimento para famílias com câncer, o retroprojetor na URCA, etc... “Foi muito desafiante” recorda, “mas os alunos eram sedentos por aprender” (Informação verbal)⁸²

A professora recorda assombrada de uma passagem que se deu quando ainda era coordenadora do curso. Num domingo à noite atende um telefonema em casa. Era o vigia da instituição dando conta de um problema no anfiteatro de anatomia recém construído:

- Professora Gislene, é... Não tem mais formol aqui.
- Como não tem?! E aquele monte de formol que veio junto com os cadáveres e tal?

⁸¹ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

⁸² Idem.

- Mas o tanque tá vazando. Já vazou todo o formol e esse cadáver não dura até amanhã não. (Informação verbal)⁸³

Numa época em que tudo era centralizado na capital, a primeira coordenadora imediatamente acionou a diligente secretária Sr. Patrícia Couto, a qual tinha todos os telefones do pessoal em Fortaleza. Por meio da ação do Dr. Aprígio (Mendes) e por mérito das conexões da própria secretária, que era barbalhense, junto a comerciantes locais e o Hospital São Vicente de Paulo, conseguiu-se uma enorme caixa d'água e formol em volume suficiente para sanar a questão até que fosse reconstruído o tanque (Informação verbal)⁸⁴.

A Dra. Gislene destaca o papel da coordenadora que a sucedeu, a médica Marinila Munguba, que ao adentrar no prédio, vendo as vastas áreas, mesmo em sua fachada central, de barro cru juto ao calor, escaldante resolveu promover uma repaginação do prédio. Por iniciativa e financiamento próprios, além da ajuda de alguns alunos, a professora Marinila gramou e encheu de árvores e plantas ornamentais o prédio, que ainda hoje dão sombra e embelezam o ambiente do curso.

Só sei que foi assim

Seu colega Hidemburgo Gonçalves Rocha também lembra da súbita transformação do pátio frontal: “os bancos, os comerciantes doaram, parece que tem as propagandas, Marinila trouxe as plantas. Era só terra. [...] foram os alunos que ajudaram a plantar. Eu só sei que quando eu cheguei tava tudo arrumadinho no outro dia” (Informação verbal)⁸⁵

A pessoa certa, no lugar certo, na hora certa

Outro egresso da primeira turma, Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa, recorda com carinho de sua antiga coordenadora, infelizmente já falecida, vítima de um câncer (referência). Segundo ele, a Dra. Marinila Calderaro Munguba, “foi muito especial, ela se doou literalmente ao projeto, à causa do ensino de Medicina em Barbalha”. Eliézer recorda que a faculdade estava numa fase ainda muito inicial quando a receberam como coordenadora.

Se consolidou muita coisa, inclusive ela doava material do próprio terreno dela no Crato, da sua casa, para ornamentação, embelezamento da faculdade, troncos de árvores para servir de bancos, plantas ornamentais, inclusive exóticas, grama... trouxe uma ambientação que tornou mais humana, a faculdade, mais sociável, mais receptiva, calorosa porque não tinha como a gente ficar na entrada da faculdade. Era areia e secura, um calor muito forte. Com o projeto paisagístico graças à Dra. Marinila nós

⁸³ Idem.

⁸⁴ Idem.

⁸⁵ Entrevista concedida por Dr. Giuseppe Mallman de Sampaio, Diretor do Colégio Santo Antônio. Entrevista. Entrevista III. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

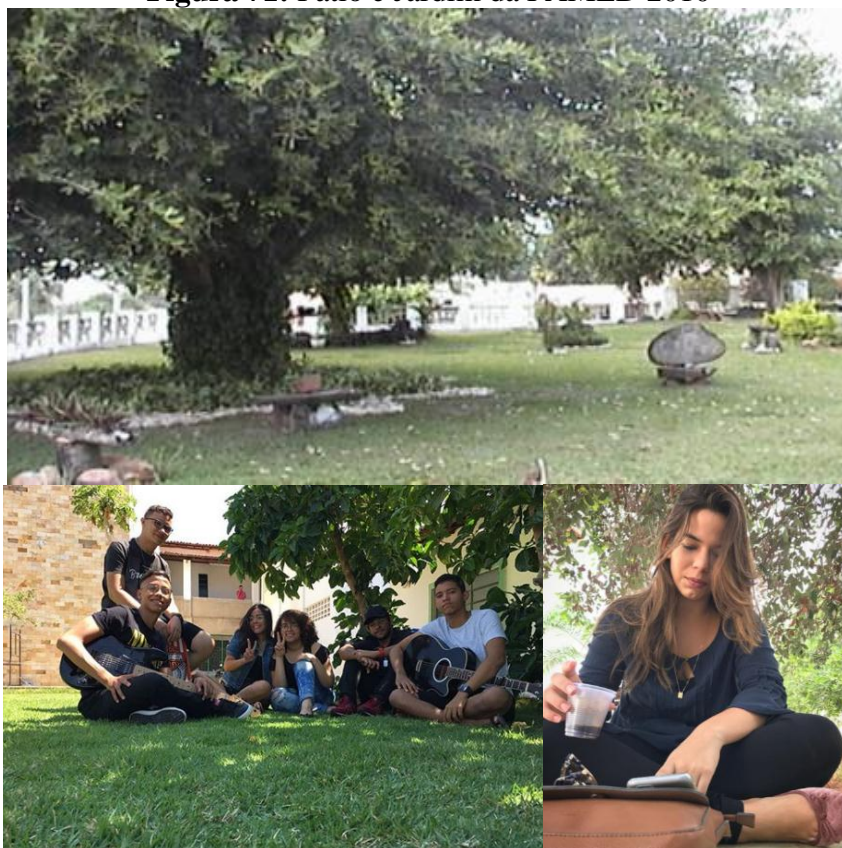
tivemos como utilizar aquele espaço em frente, logo acima da escadaria para chegar no hall de entrada. Conseguiu-se limpar o terreno, ter bancos de praça doados por empresários e pela prefeitura. (Informação verbal)⁸⁶

Figura 70: Pátio do Colégio Santo Antônio na década de 1940



Fonte: <http://csabarbalha.com.br/fotos-historicas/nggallery/page/1>

Figura 71: Pátio e Jardim da FAMED 2010



Fonte: Arquivo de fotos da FAMED

⁸⁶ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Na Dra. Marinila, os alunos desgarrados, vindos de várias cidades diferentes, encontraram um porto seguro para a socialização. Segundo o ex-aluno Eliézer, a professora Marinila abria inclusive as portas de sua casa para alunos, para realizar encontros, favorecer a interação e até alimentação e dormida em espécies de retiro que fazia para aliviar as tensões. Sua casa, lembra Eliézer: “era criada para isso, pra receber pessoas, grupos, fazer essa união, ela era muito gragária” (Informação verbal)⁸⁷.

Numa época de grande dependência de decisões centralizadas em Fortaleza, Dr. Marinila desempenhou suas funções com afinco e zelo especiais, segundo Eliézer, fundamentais para a consolidação do curso.

Houve por um momento certa cisma, certo ciúme de alguns componentes da gestão lado curso de Medicina em Fortaleza e que eu presenciei. Isso aí tomara que se perca na poeira da história, porque a Marinila, em sua grandeza, nunca se deixou abalar por isso. Muito pelo contrário, queria viver mais ainda o curso de Barbalha, a comunidade de Barbalha, tanto docente, como discente. Então ela sim, foi uma mola propulsora do curso em Barbalha. Ela levava a gente para os encontros, fazia com que a gente se inscrevesse nos encontros estudantis científicos ou não, esportivos, políticos, para mostrar a cara da faculdade. Com essa intenção... fazer a gente ter experiência de vida acadêmica. Ela chegou a ir junto com a gente com a gente para a UECE (Universidade Estadual do Ceará) em Fortaleza para um encontro sediado: o primeiro encontro de cursos de Medicina do Estado do Ceará, que antes não havia por só ter um curso. (Informação verbal)⁸⁸

Dr. Eliézer lembra entre risos da bravura da coordenadora ao se dispor a enfrentar os mais de 500 quilômetros para Fortaleza em uma van apertada e cheia de estudantes.

A Marinila foi junto com a gente numa *topic* (modelo japonês e sinônimo de van no Ceará) com más condições de conforto, porém encarando esse desafio. A gente só tem a agradecer à grande figura que foi a Marinila... e ainda é (emocionado), ainda existe em todos nós. Todos lembramos com certeza. Cada um da nossa turma guarda uma lembrança positiva da Dra. Marinila, alguma frase, algum posicionamento de impacto, de relevância, alguma mensagem que ela quis passar, sempre em prol do bem, do crescimento, tanto institucional como pessoal e coletivo. Não à toa, foi por duas vezes secretária de saúde do Crato e estava criando o Instituto de Saúde Coletiva. Então é uma pessoa grande realmente. Certa, no momento certo, na hora certa pra gente. (Informação verbal)⁸⁹

Ainda que com as relatadas dificuldades, o curso de Medicina de Barbalha em sua primeira década já provocava mudanças no Cariri. A inserção de um curso médico na região já impactava a dinâmica dos serviços de saúde da cidade e região, bem como se fazia notar sua

⁸⁷ Idem.

⁸⁸ Idem.

⁸⁹ Idem.

interação com a comunidade em suas múltiplas facetas. Sobretudo, como sendo uma realidade cada vez mais palpável, o curso médico de Barbalha realentava nos jovens de origem menos privilegiada o sonho da Medicina. O histórico da FAMED guarda relatos variados deste sentimento. Num deles está registrado pelo então graduando Luís Pires:

“Um ventilador, uma rede e uma bolsa”. Esse trio era tudo que compunha a bagagem do jovem Luís Pires assim que chegou a Barbalha, há cinco anos. Tão pouca quantidade de objetos talvez nem configurasse exagerado peso para o, até então, futuro estudante de Medicina do curso da UFC em Barbalha. “Mas a cabeça – ah, sim! Essa deveria pesar toneladas com uma avalanche de informações, anseios e dúvidas”. Da inscrição descompromissada até a chegada naquela que seria sua nova cidade, mal houve tempo e recursos para o calouro organizar sua nova vida. (FAMED, 2019)

À época dos primeiros vestibulares o curso de Medicina de Barbalha não era uma oferta tradicional e reconhecida:

Na época, nem sabia da existência desses cursos aqui no Interior, até que um amigo meu falou e resolvi tentar. Sou filho único e nunca tinha saído de Fortaleza, nem tinha pensado em morar fora de casa sem os meus pais. No entanto, me inscrevi e acabei sendo aprovado. Uma grande questão foi como morar aqui, custear duas casas, pois uma só já era difícil... No começo foi muito desafiador. (Idem)

Este relato demonstra uma certa mudança de paradigma. Até então o mais comum era filhos de famílias abastadas do interior migrarem para a capital para estudar em cursos ditos mais prestigiados. A fala de Luís Pires, então aluno do curso de Barbalha destoava desta lógica quase centenária. Filho de um cabelereiro e de uma dona de casa, de origem humilde e da periferia de Fortaleza, o aspirante a médico apenas engrossava fileiras de outros jovens da região e de outras partes que buscavam o Cariri como sede para seus estudos e quem sabe para fixar-se.

Natural de Sobral, mas de família juazeirense, criada toda a vida em Juazeiro do Norte, a médica Emille Sampaio Cordeiro é egressa do curso de Medicina de Barbalha. Ela nos conta que sua motivação para cursar Medicina veio numa perspectiva, segundo ela própria diz, “quase inocente” de ajudar os outros enquanto criança, não adivinhando “as complexidades do que é a vida enquanto médica sistemas de saúde e tudo o mais”. A jovem Emille, logo ao entrar no curso desejava seguir o caminho da oncologia clínica, por ser uma área muito carente de cuidados, segundo recorda. Emille nos conta que ainda cogitou cursar o ensino médio em Recife. Mas a aprovação em Barbalha mobilizou toda a família para que permanecesse no Cariri. Nascida em uma família de classe média baixa, ela confessa que seria difícil se manter numa capital. Assim, cursar em Barbalha seria para ela vantajoso, por evitar custos e deslocamentos, mas sobretudo por ficar junto de sua família: “com os cuidados familiares”

(Informação verbal)⁹⁰. Emille considera que isto foi determinante no seu processo de formação, onde ela pode se dedicar mais aos estudos e, no campo afetivo, o vínculo com sua família permitiu que permanecesse “psiquicamente saudável” durante um curso “pesado” e exigente, conforto que percebe faltar nos estudantes vindos de fora.

Quando puxa pela memória dos primeiros dias, Emille recorda uma cena em que estava sentada no gramado em frente à fachada do prédio da FAMED. Era hora de almoço e ela, junto com outros colegas, se aproveitavam das sombras das árvores. Quando passou um aluno da turma mais antiga pelo pátio. Convidado a juntar-se ao grupo, o veterano negou-se, alegando o medo de contrair toxoplasmose (uma parasitose). Ele estava no terceiro semestre e sua sapiência sobre todas as doenças que podiam ser transmitidas a impressionou. O grupo resolveu mudar o lugar de descanso para a biblioteca, um dos poucos locais com ar condicionado. Ela lembra, embaraçada, que estava deitada no chão quase cochilando, quando foi cumprimentada pelo então coordenador e hoje seu diretor, Dr. Cláudio Gleidiston (Informação verbal)⁹¹.

O caminho inverso

Na época, os primeiros alunos aguardavam com grande ansiedade a notícia de sua aprovação. A aluna da primeira turma da FAMED Barbalha Thaís Tavares Sampaio, nos conta sua trajetória. Dra. Thaís é psiquiatra e atualmente docente da instituição. É filha e neta de médicos barbalhenses. Seu pai, também psiquiatra foi professor do curso de Medicina da UFC, acompanhou de perto o processo de implantação do curso e transferiu-se finalmente para sua terra natal. Trata-se do professor Marciano Sampaio, filho do Dr. Pio Sampaio e irmão do patrono do Centro Acadêmico, Dr. Leão Sampaio. Dra Thaís nos fala que sua opção pela profissão partiu da observação de seu pai e de seu avô, do amor e zelo para com os seus pacientes. A possibilidade de contribuir, de auxiliar o próximo a levou deixar sua Fortaleza natal e reencontrar-se com sua terra ancestral, de onde só guardava as melhores memórias das férias de infância. Na terra de seus antepassados a professora Thaís daria continuidade à história de sua família, constituindo seu lar ao lado de seu esposo, também médico, professor e primo em terceiro grau, junto com seus dois filhos.

Dra. Thaís refere que antes de receber o fatídico telegrama da UFC já havia tentado o vestibular por outras duas vezes, com acumulada ansiedade: “aquele sonho que parecia o mais

⁹⁰ Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

⁹¹ Idem.

distante possível porque depois que você presta um vestibular e não dá certo acredita que nunca vai ser capaz de alcançar”. (Informação verbal)⁹². Dra. Thaís recorda que já se ouvia sobre a implantação de curso particular na região do Cariri, mas que, principalmente motivada por influência familiar, este curso estava fora de seu radar: “eu disse não. Só quero se for na universidade pública” (Informação verbal)⁹³. A pré-vestibulanda estava no cursinho quando primeiro soube da expansão da UFC. Sua maior surpresa foi saber a cidade sede: “falei com papai, saí do cursinho no meio da aula, era uma emoção tão grande que saí pra falar, porque Barbalha... (suspira). Eu nunca pensei em voltar pra Barbalha. Eu fiz o caminho inverso” (Informação verbal)⁹⁴.

Um balde de água fria

“Ele jogou um balde de água fria”, lembra Thaís. Seu pai, professor da universidade, conhecia os meandros acadêmicos e administrativos e foi mais cauteloso contendo a impulsividade de sua filha: “olha isso aí é uma proposta, ninguém sabe se vai acontecer. Não vá criando expectativas” (Dra. Thaís Sampaio. Entrevista, 2’36”).

O que não ia acontecer aconteceu

A esperançosa pré-vestibulanda recorda a sensação de vitória apenas por ver que o certame aconteceria: “quando enfim foi definido, chega a vontade de dizer, tá vendo papai, o que não ia acontecer aconteceu”. Mas no momento de fazer a inscrição, Thaís revela que ainda vacilou. À época só era possível escolher uma opção de curso, Fortaleza, Barbalha ou Sobral. Aconselhando-se com o diretor de seu cursinho dele ouviu que provavelmente, depois de Fortaleza, a opção seguinte mais procurada seria Sobral, devido à proximidade com a capital e com a qual ela revelou não ter nenhuma afinidade. Assim, com a possibilidade de menor concorrência a opção pela terra de seus avós pesou mais. Thaís revela que a chancela da UFC lhe dava muita segurança, pois o curso da federal em Fortaleza já era muito sólido: “se surgiram problemas eles vão resolver” pensava (Informação verbal)⁹⁵. Sua maior surpresa foi quando foi divulgada a concorrência: Fortaleza, 20 para uma vaga, Sobral 11 para uma vaga e Barbalha 26 para uma vaga! Apesar do breve arrependimento a vestibulanda enfrentou o certame com confiança: “parece que as coisas se encaixaram muito”. Thaís recorda que tinha uma fragilidade

⁹² Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

⁹³ Idem.

⁹⁴ Idem.

⁹⁵ Idem.

especial em redação, prova que neste ano específico fechou, como disse evocando a gíria da época. Ao conferir sua nota, rememora, teria condições de optar por qualquer dos três cursos, mas não se arrependeu pela escolha cariariense. Segundo ela, uma conspiração inexplicável para que voltasse para Barbalha.

Enfim chega o esperado telegrama.

Figura 72: Boletim de notas e telegrama de aprovação no vestibular de medicina

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROFESSORIA DE GRADUAÇÃO
COMISSÃO COORDENADORA DO VESTIBULAR (CCV)
CONCURSO VESTIBULAR 2001

UFC

NOME THAIS TAVARES SAMPAIO		INSCRIÇÃO 34478	
ENDEREÇO RUA JOSE VILAR, 2360			
BARRIO ALDEOTA	CEP 60125-001	CIDADE FORTALEZA	UF CE
CURSO MEDICINA - BARBALHA			

PRIMEIRA ETAPA			SEGUNDA ETAPA		
DISCIPLINA	NOTA BRUTA	NOTA PADRÃO	DISCIPLINA	NOTA BRUTA	NOTA PADRÃO
Biologia	22,000	36,189	Redação	80,000	104,553
Física	12,000	34,362	Química	56,000	94,642
Geografia	24,000	36,997	Biologia	35,000	77,543
História	22,000	39,952	TOTAL †		
Língua Estrangeira	22,000	31,556			276,738
Matemática	22,000	40,964			
Português	22,000	51,584			
Química	26,000	42,399			
TOTAL †		314,003			

PONTUAÇÃO GERAL **291,644** COLOCAÇÃO **024 em 040.**

SITUAÇÃO
Aprovado para o 1o. semestre.

MENSAGENS

A Universidade Federal do Ceará parabeniza você pela aprovação no Vestibular ao mesmo tempo que solicita seu comparecimento para efetuar a sua matrícula no local, data e horário abaixo:

Local
Barbalha - Sede da Secretaria de Saúde do Município


Data
09 de Março de 2001. Horário
das 13:00hs. às 15:00hs.

Apresente as fotocópias dos seguintes documentos:

- ✓ Certificado de conclusão do ensino médio (obrigatório)
- ✓ Título de Eleitor
- ✓ Prova de quitação do serviço militar

BFC00038 29032001 1730 SCM/PE(F54) 001/001
FORTALEZA/CE 29032001 1819

TELEGRAMA
THAIS TAVARES SAMPAIO
RUA JOSE VILAR 2360 APT0/702
ALDEOTA
60125-000 FORTALEZA/CE


CORREIOS

TELEGRAMA

BFC00038 29032001 1730 SCM/PE(F54) 001/001
FORTALEZA/CE 29032001 1819

TELEGRAMA
THAIS TAVARES SAMPAIO
RUA JOSE VILAR 2360 APT0/702
ALDEOTA
60125-000 FORTALEZA/CE

SOLICITAMOS O SEU COMPARECIMENTO NO DIA 02.04.2001 AS 08:30 HS NA SOLENIDADE DE INSTALAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DA UFC EM BARBALHA (CAMARA MUNICIPAL DE BARBALHA - RUA 07 DE SETEMBRO, CENTRO) SAUBADOCES ELZA MARIA FRANCO BRAGA PRO-REITORA DE GRADUAÇÃO

Fonte: cedido gentilmente pela Dra. Thaís Sampaio

Absolutamente nada

A Dra. Thaís Sampaio enfim mudou-se para Barbalha. Recorda que em Fortaleza as aulas começaram em fevereiro de 2001. Já em Barbalha, estavam programadas para abril. Ao chegar em Barbalha antecipadamente foi aos poucos percebendo que não havia uma estrutura montada para receber o curso. Seus temores iam cedendo com as notícias que recebia do pai. O professor Marciano Sampaio ia lhe informando tudo à medida em que os concursos iam sendo aprovados e com quantos candidatos contava. Segundo Thaís, depois de sua aprovação, o interesse de seu pai pelo sucesso do curso Barbalhense teria mais um reforço. Ela recorda que a primeira semana de aula inteira se deu em prédio anexo da câmara de vereadores de Barbalha. Na semana seguinte mudaram para o prédio do Colégio Santo Antônio (CSA), porém apenas duas salas estavam prontas. “O prédio não tinha absolutamente nada de fato” recorda (Informação verbal)⁹⁶. O resto fomos conquistando aos poucos. Dra, Thaís lembra que os equipamentos chegavam para os laboratórios aos poucos. Mas a presença do Dr. Aprígio (Mendes) trazia confiança de que tudo seria sanado.

A então futura médica já tinha os dois pés na faculdade de Medicina e julgava que de fato o currículo precisava ser renovado no sentido de maior humanização da prática médica. Além disso, se o curso visava a interiorização, deveria por foco também na atenção básica. Como ninguém havia operado antes este currículo, ele foi sendo aplicado e aprimorado gradativamente, segundo ela. Como maiores vantagens, Thaís elenca o maior diálogo e integração entre áreas e disciplinas afins e também a extensão do internato para dois anos, com a ampliação do contato com a realidade profissional.

O ex-aluno Eliézer Luna de Alencar Feitosa, relata que a área da saúde sempre o atraiu. Filho de dentista, irmão de médico e dentista, Eliézer considerou um desafio ingressar por vestibular no curso de Medicina, um curso com o qual tinha afinidade e seria uma promessa de estabilidade e prosperidade familiar. Ele nos conta em entrevista que as primeiras notícias da expansão do curso para o interior, ampliando o alcance em nível estadual da UFC, eram apenas rumores, mas alimentaram o sonho de um jovem em vencer este angustiante funil para o curso médico:

[...] no cursinho pré-vestibular ainda, se não me engano, eu já tinha realizado três tentativas e sempre passava na primeira fase e não passava na segunda. [...] na quarta, eu acredito, eu já *tava* muito cansado. Até que veio essa informação de que poderia

⁹⁶ Idem.

ser aberto um curso no interior, na cidade de Barbalha e só depois tive contato com alguns detalhes sobre isso, também em forma de rumores. (Informação verbal)⁹⁷

Dr. Eliézer, egresso da primeira turma da FAMED Barbalha, recorda como a novidade chegou. Falava-se que frustrado em trazer o curso federal para Juazeiro do Norte, as lideranças locais levariam para lá um curso particular de toda forma, a faculdade seria ligada a Estácio de Sá, abrindo de uma vez só vestibulares para preencher três turmas. A partir de então, acredita ele, a UFC movimentou mais rapidamente seu projeto de interiorização que já vinha sendo aventado. Recorda com animação a notícia do primeiro vestibular, que ocorreria no final do ano até dezembro de 2000, para início das aulas em abril de 2001: “Foi dado o anúncio do vestibular! No cursinho foi um burburinho! Você teria um prazo para dizer se queria trocar sua inscrição, manter em Fortaleza ou mandar para o interior, e o interior (Informação verbal)⁹⁸. O pré-vestibulando só teria dissipado todas as suas dúvidas em relação à realização desse projeto após ver seu nome entre os aprovados para a primeira turma de alunos de Medicina de Barbalha. Contudo, a novidade não estava somente no fato da implantação do curso, mas na renovação do currículo, que marcaria a implantação do ensino médico no interior:

As cobiias

Sobral e Barbalha foram pioneiras tanto nos cursos no interior do Ceará como no currículo, na grade curricular inovadora para a época. Diziam também que eram cobiias né. Que a partir daí que se veria a viabilidade de tornar esse projeto curricular viável [...] em Fortaleza seis meses após. E assim foi feito. (Informação verbal)⁹⁹

As metástases interioranas

Já como aluno do curso de Medicina de Barbalha, Dr. Eliézer Feitosa pôde vivenciar todo o processo de desenvolvimento dos anos iniciais da faculdade, desvencilhando-se de preconceitos em busca de sua consolidação:

O curso de Barbalha foi desenhado com divisão tripartite. No início tudo era muito difícil por causa dessas necessidades e desafios que seriam postos e a prefeitura, ela ficou responsável pelo prédio, pela reforma, a UFC pelo [...] corpo discente e docente e materiais de ensino pedagógico, como microscópios, lâminas, cadáveres, anfiteatro, laboratório de embriologia, também as salas de aula, servidores [...] tudo isso era responsabilidade da UFC. O Estado também entrava com contrapartida material, financeira. A pergunta que reinava era: por que não manter o curso de Fortaleza, só ampliando as vagas e melhorando o curso? Por que não investir mais em Fortaleza? Teve alunos em Fortaleza que chegaram a falar em *metástases* no interior. Que lá estaria um caos, um câncer [...] que se espalhou pelo resto do Ceará, e isso é marcante porque um curso em que com muito desafio... (emociona-se) [...] foi conquistado muito né? E hoje se tem consolidado e tudo. Você ter essa receptividade dos próprios alunos

⁹⁷ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

⁹⁸ Idem.

⁹⁹ Idem.

contra alunos que entraram nos novos *campi* né? [...] futuros colegas, ter essa receptividade, que não foi das melhores. [...] Até nos encontros de Medicina houve uma certa ojeriza à nossa presença, nada tão agressivo também, mas havia uma indiferença, havia uma certa oposição à nossa existência. (Informação verbal)¹⁰⁰

Sem compreender que o seu comentário depreciativo recaía sobre eles próprios em forma de tumor primário, os estudantes fortalezenses ainda insistiram em manobras de falsa consideração, segundo o sentimento do Dr. Eliézer. Em uma passagem, relembra, o presidente do Diretório Acadêmico 12 de Maio (do curso de Fortaleza) solicitou que os alunos barbalhenses descrevessem de próprio punho suas carências estruturais e pedagógicas, com a suposta intenção de ajudá-los junto à reitoria. Contudo, em contato mais próximo com os professores encarregados de implantar o curso, sentiram um propósito diferente e talvez mais maldoso dos colegas fortalezenses.

Ainda incompleto e em meio às críticas estruturais, o prédio da FAMED Barbalha foi entregue e solenemente inaugurado. Dr. Eliézer Feitosa recorda o momento:

Nós estávamos inaugurando a nova era da Medicina no Ceará, no sistema de saúde do estado do Ceará. Teríamos uma inserção nos serviços de saúde aqui, dentro da região do Cariri, e isso não poderia passar assim... como mera aula, se tem classicamente em sala de aula, com jaleco... Então houve falatório, houve discurso, houve presença de pessoas ilustres, políticos, autoridades, tanto da UFC, como políticas, para dar sua contribuição neste momento tão solene e tão importante para a região e Estado do Ceará. Na Câmara de Vereadores houve essa aula inaugural com a presença da direção, do reitor, prefeito, vereadores, autoridades em geral, pessoas que compunham o quadro de servidores à época, coordenação do curso de Medicina e os quarenta alunos, no dia primeiro de abril de 2001. (Informação verbal)¹⁰¹

Segundo Dr. Eliézer, houve críticas por conta de a aula inaugural não ter sido realizada no prédio do antigo Colégio Santo Antônio. Segundo o ex-aluno, a cobertura jornalística local, inclusive pela mídia televisiva (TV Verdes Mares) fora desfavorável, alegando as fragilidades estruturais. Contudo, ele reafirma: “[...] tinha salas de aula já preparadas para receber os alunos e professores para uma aula inaugural” (Informação verbal)¹⁰². Contudo, o ex-aluno considera que o momento transcendia uma aula inaugural tradicional, requerendo um momento mais solene. Ademais o colégio cedido, segundo ele tinha estrutura para aulas teóricas, mas ainda deveria ser equipado com os laboratórios e anfiteatros, além dos espaços de práticas, e que isso não seria realizado em curto espaço de tempo. A solução foi apoiar-se em outras instituições públicas que já dispunham destes equipamentos:

Enquanto isso, a gente usou sim, instalações do Centro Vocacional Tecnológico (CVT), laboratório muito bom [...] o CENTEC (Instituto Centro de Ensino Tecnológico), utilizou postos de saúde pela cidade e até pela região também, além de unidades de

¹⁰⁰ Idem.

¹⁰¹ Idem.

¹⁰² Idem.

saúde, policlínicas que já existia na região [...] para aplicar atividades. Por exemplo, [...] no CVT, eu me lembro, eram pesquisas em ratos, cobaias, enquanto se formava, se criava laboratórios, que se reformava o prédio do CSA. (Informação verbal)¹⁰³

Sobre as visitas de fiscalização o Dr. Eliézer as compreende como necessárias à qualidade da implantação do curso. Contudo, recorda alguns exageros e distorções:

Estava sendo utilizado, por alguns elementos, para fins pessoais, com alguns interesses escusos. Dr. João Moreira (José Moreira) [...] visitou a instalação do prédio ainda muito inicial, realmente no começo do curso. Visitou uma aula sendo dada [...] ele foi muito amigável, a presença dele, a postura dele frente aos alunos. [...] infelizmente quando ele foi embora, as informações que ele coletou, que não eram bizarras como ele pintou no texto dele... ele fez com que a ideia passada para a população, onde o jornal atinge, fosse a pior possível. Inclusive, tem uma frase que repetiu-se muito, que era “morcegos dando voos rasantes naquele prédio, naquela instituição decadente” e tudo, que nada se faz real nas palavras dele. [...] foi mal fadada a empreitada dele e todos ficamos realmente chateados, muito frustrados com isso ai. (Informação verbal)¹⁰⁴

Sobre esta passagem, o professor Hidemburgo Gonçalves Rocha também tem lembranças. Inclusive, concordantes às do Eliézer.

Um tempo veio um cara de Fortaleza, um professor, visitar aqui. Se fazendo de amigo, começou a conhecer as coisas, pegar informações. Bem amigável. Aí depois botou (num jornal) que era cheio de morcegos, cheio de não sei o quê, que só tinha três professores, um emprestado da URCA, que era eu! Isso aqui gerou uma confusão! Ainda falando indiretamente do Aprígio. A gente não se dava bem não (o professor e Aprígio), mas eu gosto do trabalho dele. Porque a pessoa não se dá, vai dizer que o cara não trabalhou bem!? A gente não se dava, mas ele trabalhava bem! (Informação verbal)¹⁰⁵

40 alunos e 50 pedreiros

Também egresso da primeira turma, o Dr. Eduardo Freitas Vieira, reside atualmente na cidade de Iguatu, na região Centro Sul cearense, mas revela ter relações familiares e afetivas com o Cariri desde sempre. Dr. Eduardo é neto de médicos, inclusive, sua avó médica, foi a primeira médica mulher a se instalar em Iguatu. Seu avô, recentemente falecido aos 96 anos, clinicou até seus 94 anos e foi sua grande inspiração. Quando muito jovenzinho Eduardo se recorda de várias festas e reuniões em que seu avô estava ausente por encontrar-se de plantão. “Levávamos a ceia de natal pra ele no plantão”. O zelo com que seu avô atendia a todos nos sítios, moradores, caseiros, o fez admirá-lo ainda mais e querer seguir seus passos. Assim como outros personagens desta história, Eduardo residia em Fortaleza no ano 2000, onde fazia cursinho pré-vestibular. Quando soube da notícia expansão do curso médico para o interior, imediatamente optou por Barbalha, por ser mais próxima de Iguatu. Ele recorda do primeiro

¹⁰³ Idem.

¹⁰⁴ Idem.

¹⁰⁵ Entrevista concedida por Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha. Entrevista IV. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

dia de aula, no dia 02 de abril, logo após a aula inaugural: “[...] começaram quarenta alunos e cinquenta pedreiros ao mesmo tempo”. Assim, antes de entrar em um laboratório e sentar à bancada de um microscópio para aprender em quanto tempo se dá uma mitose, as preocupações mais prementes dos alunos seria saber em quanto tempo secava uma laje de cimento. Logo foram mobilizados para ter aulas práticas em instituições da região, como a URCA e o CENTEC em Juazeiro do Norte, as quais gentilmente cediam seus laboratórios. De puxadinho em puxadinho, assim foram os primeiros dias de faculdade (Informação verbal)¹⁰⁶. Dr. Eduardo recorda de como se mobilizavam para acompanhar ansiosamente os trabalhos:

[...] a gente chegava a fiscalizar, inclusive nas reuniões com os engenheiros. [...] diziam em quanto tempo ia secar o cimento, ficar pronto o laboratório. [...] a gente lá querendo entender da obra (risos), dizendo que a cerâmica tava errada, iam botar a cerâmica da parede no chão [...] eles ficavam chateados. O prefeito disse uma vez: vão estudar Medicina, que disso aqui quem entende sou eu. Na época, o prefeito era engenheiro também! (Informação verbal)¹⁰⁷

Figura 73: Blocos e salas de aulas pós reforma



Fonte: Acervo da FAMED Barbalha

As repúblicas

As primeiras impressões do ex-aluno Eliezer Feitosa fazem referência a momentos desafiadores em relação ao deslocamento de sua cidade natal, Fortaleza, saindo da casa dos pais

¹⁰⁶ Entrevista concedida por Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista IX. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁰⁷ Idem.

para residir em república estudantil. Segundo ele, os alunos que residiam nas cidades mais próximas se organizavam por caronas e os que tinham carro dividiam despesas de combustível ou rodiziavam os veículos. Uma estratégia, como considera, de pura afinidade entre os colegas. “todos se ajudavam”. Eliézer recorda que sua primeira morada foi numa hospedaria. Como tinha boas refeições por lá, passou a atrair o restante dos colegas, que logo levou à saturação do ambiente: “em Barbalha, não havia suporte, local para fornecer alimentação para quarenta pessoas”. A solução era revezar o horário. Ele conta que pela hospedaria passaram muitos colegas, que depois iam se organizando em repúblicas. Seus proprietários, Dona Ângela e o Seu Manassés, infelizmente mudaram-se e tiveram de perder a fiel clientela. Mas ficou a amizade. Eliézer recorda que convidou o casal para a formatura. As primeiras repúblicas foram se formando por afinidade, por meio do aluguel de moradias conjuntas.

A primeira que se formou, com os alunos Eduardo, Roberto e Clodoaldo foi chamada de casa dos artistas, um casarão assobradado na rua do vídeo. Disputadíssimo porque seu balcão dava vista para o principal cortejo da festa de Santo Antônio, que era a passagem do pau da bandeira, mastro geralmente maior que vinte metros levado nos ombros por dezenas carregadores. À medida em que as turmas novas iam chegando, mais repúblicas iam sendo formadas, o leque ia se abrindo. O próprio Eliézer juntamente com o colega George Vilanova, hoje traumatologista, formaram a república Forel, a junção do prefixo do apelido de George, o fortão, com o nome do outro colega. Depois chega o Ezaú Figueiredo e outros colegas foram se juntando. A última parada do grupo Eliézer, Thiago Leal, Emanuel Nunes Cavalcante Filho, Carlos Ticiano Duarte Pereira foi a velha casa neocolonial tombada com azulejos portugueses azuis e torres de referência mourisca na platibanda acima. A casa de grande valor histórico era sita à rua Pero Coelho, no centro de Barbalha e abrigou durante anos um microcosmo, ou ecossistema de personalidades diversas, recebendo o nome de A Babilônia. De divergência em divergência chegaram ao que o psiquiatra e ecologista diletante Eliézer chama de “comunidade clímax”, aquela em que se atinge um equilíbrio e ninguém briga mais pelas divergências. Ou seja, não estavam mais ligando pra nada. Contribuindo para a harmonia e pacificação geral da república estava o esporte preferido da comunidade praticado no exíguo quintal, uma peteca. A peteca era confeccionada por dotes do futuro Dr. Emanuel Nunes, a base de areia, panos, sacos plásticos e penachos. Como tinha estatura mais alta, Eliézer foi nomeado em pouco tempo o salva-petecas, pois frequentemente caíam no telhado. Logo a modalidade se tornou o esporte oficial dos amigos. Há pouco tempo por ocasião de seu casamento, o Dr. Emanuel Nunes recebeu seus antigos companheiros de república em Petrolina-PE, os quais não esqueceram de

levar uma peteca. Esta, já mais bem confeccionada, segundo o Dr. Eliézer. Assim, a cerimônia foi abrilhantada com uma animada disputa (Informação verbal)¹⁰⁸.

Figura 74: Babilônia



Fonte: Acervo de Thiago Leal

A Babilônia também adquiriria status de clube balneário com a instalação de um cano direto da caixa d'água caindo do banheiro no quintal. O setor ficou conhecido como “babicaldas”, sem contudo, oferecer grande concorrência ao tradicional Balneário do Caldas, maior clube barbalhense (Informação verbal)¹⁰⁹.

A última e grande república de que tem notícia nosso entrevistado já seria uma obra planejada pelos empreendedores barbalhenses em função de acolher os estudantes, a meio caminho entre a faculdade, a cerca de trezentos metros do prédio central, e o Complexo Hospitalar Hospital Maternidade Santo Antônio e Hospital do Coração faculdade, ficando por trás da Igreja do Rosário. Um pequeno prédio de seis ou oito apartamentos, segundo recorda o entrevistado, divididos em dois blocos face a face em apenas dois andares, dando para um acolhedor pátio interno. O estilo quadradão e preenchido por quitinetes bem apertadas logo ganhou o nome de O Pombal. Esta república, por dispor deste átrio central, era bastante requisitada para festas e ensaios da Descabassamba, algo que se ouvia além dos arrulhos nos apartamentos, para desespero do seu bravo zelador conhecido como Shaolin (Informação verbal)¹¹⁰.

¹⁰⁸ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁰⁹ Idem.

¹¹⁰ Idem.

Figura 75: Pombal

Fonte: Fotografia de Ana Paula Esmeraldo

Logo os alunos se organizaram em torno de bandas musicais, como quarteto FMB e a banda descabassamba. O quarteto FMB era especializado em forró e oficialmente animava festa da turma, inclusive a soldo de ingressos. A descabassamba era mais amadora no início. Apesar da tentativa de homenagear, por alusão, as tradicionais bandas cabaçais da região, sua especialidade era o pagode, ou “suinguera”. A banda contava com diversos instrumentos, operados por alguns alunos com habilidades musicais e rítmicas, outras não. Havia intercâmbio entre as bandas, de forma que todos poderiam aprender e evoluir com os que tinham mais pendor musical. Infelizmente nem todos. Foram então sendo criadas derivações das bandas, como pataca de manicômio e inimigos do ritmo, justos nomes. Entre zabumbas, sanfonas, violões, cavaquinhos, surdos, contrabaixos e vocais as festas eram de toda forma animadas, agregando até os companheiros da Estácio-FMJ, conseguindo-se até arrecadar cachês em dinheiro para ajudar a comissão de formatura e as viagens para congressos, embora na maioria das vezes tivesse por fêria apenas a cerveja da noite. Respeitosos, os componentes da banda se portavam bem em quaisquer ambientes e não há notícias de violações ou defloramentos que não fossem de ouvidos (Informação verbal)¹¹¹.

Figura 76: Descontração nas festas

Fonte: Acervo da primeira turma FAMED Barbalha

¹¹¹ Idem.

Nestas repúblicas se guardava livros e materiais para estudo por sistema de compartilhamento. O ex-aluno refere que no começo a biblioteca era muito tímida e que havia uma *máfia*: “livro alugado rodava na mão de quatro pessoas” (Informação verbal)¹¹². Além da escassez de material, havia a difícil implantação do novo currículo, só amenizada pelo amigável contato com os professores.

Isso seria também um tempero para a nossa formação [...] estar longe de sua cidade, estar longe de sua família e estar presenciando um novo currículo sendo lançado. Você não tinha muito referencial em relação a um passado recente, porque tudo estava sendo transformado, tudo estava sendo criado. [...] eram ideias novas, aplicações novas de pedagogia, como por exemplo, atividade integrada em que a gente tinha o PBL, que é o aprendizado baseado em problemas e que inaugurava uma nova fase também da UFC na formação médica. (Informação verbal)¹¹³

Contatos com o currículo

Os primeiros contatos com a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) geraram algum desconforto e questionamentos iniciais segundo o então aluno: “Houve muito questionamento sim, porque essa forma de aprender, de ensinar, vinha de países de primeiro mundo. Era muito criticado, porque lá era uma outra realidade, funcionava, aqui não” (Informação verbal)¹¹⁴. Entretanto, segundo ele, destas dificuldades viria o crescimento. Frente ao grande volume de conhecimentos, tornava-se difícil trabalhar tudo por meio do método inovador. A saída foi migrar para um modelo misto, voltando em parte a “forma tradicional, expositiva”, como descreve. Eliézer reputa assim os primeiros professores: “guerreiros, nossos primeiros professores que assumiram esse desafio, muitas vezes sem verba, sem remuneração devida e dois anos de estágio probatório que daí era postergado” (Informação verbal)¹¹⁵. O ex-aluno recorda o deslumbramento das aulas de embriologia, bioquímica, fisiologia, patologia, farmacologia e também das aulas de campo, todas realizadas neste contexto pedagógico inovador, o qual considerou ser mais humanizado, inclusive trazendo a influência do território na formação médica atrelada às nuances sociais e ambientais.

O velho e as mudanças

Dr. Eduardo Freitas considera que a turma foi se inteirando do currículo com o passar do tempo. “[...] tentando entender o velho e as mudanças”. Ele cita como vantagem a integração de disciplinas em módulos. Mas também discutiam e criticavam as falhas. Dr. Eduardo considerava excessiva a carga horária das disciplinas que compunham a espinha dorsal da

¹¹² Idem.

¹¹³ Idem.

¹¹⁴ Idem.

¹¹⁵ Idem.

estratégia curricular, em detrimento de outros assuntos que o interessavam mais. Ele relata que foram contornando estas limitações por meio da flexibilidade da própria proposta terapêutica:

A gente discutia esse currículo novo. Uma das coisas que não nos agradava era a quantidade de tempo nas cadeiras de Atenção Básica a Saúde e de Desenvolvimento Pessoal. Eram quatro anos com cadeiras contínuas e que a gente meio que, achava (constrangido), assim no termo popular, uma *encheção* de linguiça mesmo, sabe. Muito repetitivo. Claro que é importante. Acho que teoricamente era pra humanizar com desenvolvimento pessoal, mas acabou ficando muito cansativo e algumas cadeiras importantes, como técnica cirúrgica foi retirada do novo currículo, a gente viu como eletiva (disciplina eletiva). Muita coisa a gente viu como eletiva e às vezes, a gente achava muito *encheção* de linguiça. (Informação verbal)¹¹⁶

Sua colega, Dra. Thaís Sampaio recorda que a professora Rosane Weber, apesar do pouco tempo que permaneceu na instituição, foi fundamental para dar o pontapé inicial na organização dos módulos e do ensino menos “solto”, como se refere e mais “acadêmico” (Informação verbal)¹¹⁷. A atual professora relembra que os professores Hidemburgo, Gislene e Evanira eram onipresentes no curso, acumulavam uma grande carga horária. São colegas atuantes até hoje. Dr. Eduardo Freitas Vieira lembra que quando chegaram no prédio da FAMED pela primeira vez lá estava a trinca Hidemburgo, Gislene e Evanira, assumindo todas as disciplinas iniciais (Informação verbal)¹¹⁸. Já o Dr. Aprígio era a pessoa da diretoria em Barbalha, segundo ela, socorrendo a todos nas necessidades. Na parte técnico-administrativa a ex-aluna lembra da secretária Patrícia Couto, com grande articulação administrativa com os campos de estágio, da Janaína e do Roberto como responsáveis por todas as salas e equipamentos. E assim, puderam dar início ao currículo inovador (Informação verbal)¹¹⁹.

Quanto ao desempenho dos mestres, a Dra. Thaís Sampaio considera que teve grandes professores. Dentre eles destaca o professor Cláudio Gleidiston, de patologia, no qual ela confessa admiração, principalmente por sentir nele o amor e dedicação pela faculdade. Nos conta: “admirava muito as aulas dele” e “sempre amou muito a faculdade, se dedicou bastante”. Contudo, surpreendeu-se com professores neófitos, nos quais percebeu que o capital docente vinha do domínio técnico-científico do conteúdo e da rudimentar formação na prática:

¹¹⁶ Entrevista concedida por Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista IX. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹¹⁷ Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹¹⁸ Entrevista concedida por Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista IX. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹¹⁹ Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Uma pessoa que eu não sei se tinha experiência como docente, mas que pra mim, era uma das melhores aulas era David Negrão. Eu adorava a aula de David. Eu achava a aula de David sensacional. Extremamente objetiva, simples e de uma pessoa que dominava o conteúdo plenamente. Às vezes a pessoa que tinha formação pra ser docente não apresentava essa espontaneidade, essa capacidade. O estudante de Medicina, o médico, ele aprende isso no curso dele, na residência. Ele tem que fazer seminário o tempo todo. Tem que apresentar doente (casos). Então acho que acaba sendo um pouco da nossa formação dar aula. E acho que a deficiência que a gente teve qualquer universidade apresenta e vai apresentar. (Informação verbal)¹²⁰.

A própria Thaís Sampaio viria ser professora da instituição. Filha de pai e mãe professores universitários, ela considerava o serviço público como uma atividade que lhe traria segurança e estabilidade. Seu caminho foi semelhante ao de muitos na instituição. Começou pelo cargo de substituta, mas mesmo para este cargo demoraria a se candidatar, pois achava um passo muito grande. Tomou coragem após a aprovação de seu esposo em concurso. Hoje a professora Thaís é efetiva da universidade. Ela confessa que não teve preparo para ser professora e revela que os primeiros anos foram difíceis, embora considerasse o contato com o aluno como algo renovador. Perfeccionista, ela perdia espontaneidade e sofria ao ministrar as primeiras aulas. Hoje se diz mais confortável: “Antes era muito difícil e hoje eu exerço com prazer e muita felicidade” (Informação verbal)¹²¹

No início do curso, no entanto, o maior estranhamento se dava para os primeiros professores, todos formados pelo antigo modelo pedagógico. O atual diretor do curso, Dr. Cláudio Gleidiston, relembra os primeiros contatos com o novo currículo.

Eu senti um impacto grande quando eu comecei a ver essas metodologias, principalmente [...] o PBL (Problem Based Learning), ou ABP (Aprendizagem Baseada em Problemas) [...] num primeiro momento achei que aquilo não funcionava, e aí eu me debrucei durante um ano em estudar essas novas metodologias, eu tive que aprender. Fui estudar Dewey, Piaget, educação, viajei, saí. Fui pra várias universidades fora do país e eu comecei a ver que realmente o ensino médico é prático e esse negócio de você estar numa sala de aula vomitando o que o livro tem não é interessante. É muito mais importante você mostrar, induzir ao aluno, fazer com que ele construa esse conhecimento. É como uma criança, você não ensina uma criança a falar. Ela aprende porque está convivendo ali, está gerando [...] é um estruturalismo [...] e funciona. (Informação verbal)¹²²

Após esse estranhamento inicial seguido da assimilação do conceito do método, o professor Cláudio tratou de incorporá-la a sua prática docente, não desprezando seus reflexos na sua prática médica, e também reafirmando a necessidade de mudança em comparação aos modelos antigos.

¹²⁰ Idem.

¹²¹ Idem.

¹²² Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Hoje eu entendo perfeitamente que eu posso ser um bom clínico sem nunca ter visto anatomia. Porque a ideia que se tinha era que, se você não sabe patologia, se não sabe anatomia, não sabe ser clínico. Tá errado isso. Então hoje eu tenho plena consciência de que essas novas metodologias, essa nova maneira de ver o conhecimento elas são melhores. Tem suas falhas, porque é mais difícil trabalhar. Ela é mais complexa, porque nós estamos num momento de transição, não só na educação, no mundo todo. Porque os paradigmas que alicerçavam a humanidade, eles caíram. A pós-modernidade tá aparecendo dentro de um novo contexto. Então, educação, família, estado, religião, estão passando por uma reforma gigantesca. [...] A minha educação, que eu tive nos anos 70 (1970), na universidade dos anos 80 (1980), realmente precisa ser revista. Ela não funciona mais dentro da lógica que está aí. [...] Por isso tá muito difícil de você ter uma noção do concreto porque ainda tá em formação. É o eu o Zygmunt Bauman diz, a “modernidade é líquida”. Nós estamos fluindo, não tem nada fixo. E aí a educação passa por isso. (Informação verbal)¹²³

A ex-aluna e atual coordenadora do curso, professora Emille Sampaio, vê como vantajoso o sistema modular, onde as disciplinas podem se integrar mais naturalmente e a inserção precoce do aluno na rede de saúde, o que antes só acontecia depois do ensino da semiologia (Informação verbal)¹²⁴. Segundo sua opinião, funciona bem tanto no ciclo básico, como no ciclo clínico, unindo disciplinas como anatomia, histologia, embriologia e fisiologia em temas afins, bem como, especialidades mais próximas, como nefrologia e urologia, pediatria e obstetrícia. Ela reconhece que o projeto pedagógico fortemente calcado nas atividades integradas, na perspectiva do PBL, ao longo dos anos foi se diluindo e se readaptando:

[...] mas em compensação temos inserido outras tentativas pedagógicas em termos de metodologias mais ativas de aprendizado. Temos módulos em que são realizados grupos Ballint, as avaliações que já são feitas a partir de método 360° e, nesses últimos anos, a partir do PROADI SUS (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do SUS), encaminhar nossos docentes, que também são preceptores da Residência de Medicina de Família e Comunidade, para fazer cursos de preceptoria, com o processo pedagógico das metodologias ativas, em especial vinculadas ao Hospital Sírio Libanês e ao Hospital Oswaldo Cruz, o que tem ajudado no processo de aprimoramento contínuo dos nossos docentes. (Informação verbal)¹²⁵

A professora reconhece a necessidade dessa reflexão curricular e pedagógica contínua, sobretudo nesta fase do curso, onde docentes e instituição buscam a maturidade de seus processos.

De qualquer forma nós sempre vamos ter o que melhorar no processo pedagógico, mas avançamos bastante. Eu percebo que o que era o processo pedagógico de quando eu fui estudante e o que é hoje... é muito distinto, mesmo sendo, na maioria das vezes, os mesmos docentes. Então há um avanço na formação docente também. Lembrando que nós estamos em reformulação curricular. Então, o currículo em vigência ainda é o mesmo do início do curso. Nós vamos conseguir atualizá-lo, junto com a comemoração dos vinte anos de curso. (Informação verbal)¹²⁶

¹²³ Idem.

¹²⁴ Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹²⁵ Idem.

¹²⁶ Idem.

Já a professora Gislene Farias de Oliveira recorda menos dificuldades na assimilação do novo currículo com estrutura modular e a inclusão de metodologias ativas, como o PBL. A professora relembra que a partir do apoio do REUNI, os professores puderam viajar para outras instituições, em Fortaleza e até fora, como Londrina no Paraná, onde puderam aprender *in loco* o funcionamento da metodologia. Gislene recorda que ao voltar dos treinamentos, os professores imediatamente implantaram o sistema em pelo menos duas ocasiões por semana. Onde se formavam grupos de oito, em que cinco professores se dividiam com os grupos de oito alunos. A cada semana, segundo ela, um problema era fechado e outro aberto, assim sucessivamente, guardando tempo para que o aluno pesquisasse suas propostas e amadurecesse seu estudo em casa. A professora considera a experiência pedagógica rica, em que os alunos expandiam o conhecimento a cada comentário compartilhado e em que se alternavam no papel de relator, imbuindo-se de tarefas e responsabilidades diferentes a cada grupo formado. Esta forma de protagonismo, segundo ela, tirava o aluno da inércia e timidez que caracterizavam predominantemente o modelo antigo, levando-o a visitar, além dos aspectos clínicos, teóricos, técnicos, aspectos sociais e até emocionais (Informação verbal)¹²⁷. No entanto, a professora considera que, à medida que as turmas foram crescendo até a capacidade máxima do curso as metodologias ativas foram perdendo um pouco de espaço, literalmente por falta de salas, mas também pela inserção mais recente dos smartphones e redes sociais que tornam os alunos muito mais dispersos em sua opinião (Informação verbal)¹²⁸. Os alunos nos primeiros anos vinham, além da própria região, de Fortaleza e até de estados vizinhos, como recorda a professora Gislene Farias de Oliveira. Segundo ela. Pelo fato de a cidade ser pequena e acolhedora e toda a administração do curso ser centralizada no prédio da FAMED, havia uma grande familiaridade entre os alunos e com professores e servidores também. Ela destaca que havia anualmente intercâmbio com os professores de Sobral e Fortaleza. Relata que estas cidades se revezavam para acolher todos os professores do curso que desejassem partilhar suas experiências e materiais didáticos preparados durante o ano. Professora Gislene relembra da atenção com a qual os professores Henry e Odorico acompanhavam todos estes trabalhos e materiais e lamenta o resfriamento dos planejamentos, tal como aconteciam no início:

O professor Odorico, ele passou muita coisa pra mim e assim a gente conseguia [...] melhorar muito nossa performance enquanto professor. [...] a gente trabalhava muito essa dinâmica também na sala de aula. [...] Dr. Henry acompanhou diretamente. Ele chamava cada professor e dizia: cadê seu material? O que é o material que a senhora

¹²⁷ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹²⁸ Idem.

está trabalhando? Mostrávamos todo o plano de trabalho, o material. Ele fazia isso com todos os professores. E dizia: Isso foi lindo. Achei maravilhoso. [...] Sinto falta disso [...] do planejamento. (Informação verbal)¹²⁹

Seu colega desde o primeiro dia de aula, Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha também é testemunha do processo de fadiga em que entraram alguns aspectos do novo currículo, em especial as atividades integradas e PBL. “No início deu certo. Foi bem aplicado. Ao longo do tempo ele foi caindo, até sair”. E enumera as dificuldades:

Era muito puxado, além de você dar a sua aula, você tinha que submeter-se a essa parte, que era complicadinha. Você juntar seis professores, criar um caso. Naquela época não tinha *Whatsapp*, você tinha que se reunir pessoalmente com os professores. Levava muito tempo pra você criar um caso e depois professor [...] verificar se tava batendo uma coisa com a outra. Porque em um caso clínico, todos os professores daquele módulo davam sugestões, eles criavam ao mesmo tempo. Daí [...] ia pra sala de aula comum. Umas salinhas que foram preparadas pro PBL. Aquilo tudo era para o PBL Por exemplo: o módulo tem seis professores. Cada professor ficava responsável por um grupo de oito alunos, que subiam lá e iam discutir o caso em salas separadas. Vamos supor: bioquímica. Depois juntava. Levava três encontros pra dar o resultado final dessa atividade com os alunos. Pra que se fechasse o ciclo do PBL sobre aquele caso clínico. Era uma apresentação, onde eles traziam os objetivos e no final davam o parecer deles sobre aquela doença, baseado nas aulas que tiveram. Era bem interessante! Mas hoje... Não tem mais. (Informação verbal)¹³⁰

O professor Hidemburgo considera que o número de alunos aumentou, mas não a estrutura docente, tornando muito difícil a execução da metodologia tal como foi planejado na implantação do curso.

Eram quarenta alunos. Depois da entrada semestral, aí barrou. Não teve mais condição. Porque é pesado você pegar quatro casos clínicos num semestre, envolvendo esse grupo de alunos. Não tem mais condição de fazer. Voltou pro tradicional. Só um pouco de PBL ainda tem nos módulos. Era interessante. Eu *tava* fazendo bioquímica do pulmão, enquanto outro *caba tava* fazendo bioquímica do pulmão, outro anatomia do pulmão, outro não-sei-o-quê do pulmão. Isso esfacelou-se. (Informação verbal)¹³¹

A professora Gislene lembra ainda que no início de cada semestre os professores faziam uma recepção conjunta para os calouros, mas que em meio à euforia da chegada, havia alguns trotes violentos; “punham pra comer cebola, beber cachaça... não era coisa interessante, eram coisas muito pesadas”. Uma das alunas e hoje professora recorda que chegou a dar sua roupa por perdida num destes trotes (Informação verbal)¹³². O ex-aluno Eliézer Luna de Alencar Feitosa, da primeira turma, recorda que à época já havia bastante repercussão dos trotes

¹²⁹ Idem.

¹³⁰ Entrevista concedida por Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha. Entrevista IV. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹³¹ Idem.

¹³² Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

violentos em instituições nacionalmente conhecidas, como o ITA (Instituto Tecnológico da Aeronáutica) e na USP (Universidade de São Paulo), inclusive um caso de morte por afogamento. Eliézer recorda que no início do curso, a piscina do colégio ainda estava em condições de banho e que algumas das festas foram realizadas lá, felizmente sem infaustos como no caso da instituição paulista (Informação verbal)¹³³.

Figura 77: Calouros da FAMED



Fonte: Acervo FAMED

Contudo, houve casos em que, por exemplo, alguns alunos com os cabelos ainda baixos, após poucos meses de raspados receberam um banho de maisena com ovo. E até, num dos casos, água oxigenada, descolorindo os cabelos de um dos alunos, gerando uma brevíssima refrega (Informação verbal)¹³⁴. A professora Gislene, recorda que se juntou às professoras Evanira e Estelita para bater duramente nos trotes violentos, por conta de um trote especialmente humilhante aplicado em certo momento:

Conseguiram uma carroça com estrume e aí eles faziam as meninas e os meninos subirem nessa carroça. Inclusive menina chorando, humilhada né, suja, ninguém gosta de sujar o cabelo e tudo. [...] querendo sair, querendo deixar o curso [...] a gente falou duro com eles, sofreram reprimenda de todos os professores e da coordenação. (Informação verbal)¹³⁵

Após a severa admoestação, os alunos mudaram de atitude conforme a professora Gislene nos informa: “eles abriram uma nova perspectiva e hoje os trotes são totalmente diferentes [...] tem muito trote de doação de sangue, de alimentos, cestas (básicas), eles fazem coisas bem criativas hoje” (Informação verbal)¹³⁶. Após estes episódios iniciais, coube à

¹³³ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹³⁴ Idem.

¹³⁵ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹³⁶ Idem.

coordenadora seguinte, professora Marinila Munguba, reagir à altura. Foi criado um projeto de extensão chamado Calouro Humano. Como sugere o traocadilho, o projeto propunha uma espécie de trote solidário, voltado a acolher e ajudar os alunos novatos, sobretudo aos que vinham de fora. Eliézer conta que o projeto passou por assembleia e votação. Inclusive, relembra a intervenção de um aluno vindo do Rio de Janeiro, que confessou ter sido vítima de trote violento e estava disposto a repetí-lo nos calouros para que eles *criassem maturidade*. Felizmente, este foi voto vencido e quebrou-se o ciclo de trotes violentos na instituição. Daí em diante, só os cortes de cabelos e banhos de tinta guache marcaram os novatos, que os exibiam em passeios de caminhão pau de arara por locais turísticos da região, como o Horto do Padre Cícero, o Balneário do Caldas, bem como em doações de sangue no HEMOCE (Hemocentro do Ceará) (Informação verbal)¹³⁷.

Figura 78: Calouros da FAMED no trote



Fonte: Acervo FAMED

Atualmente, além dos ritos estudantis do trote, a cargo dos veteranos, a faculdade organiza a emocionante cerimônia do jaleco. O momento solene acontece no começo do semestre para receber cada turma de calouros. Alunos veteranos, professores e autoridades acadêmicas recebem os novatos e suas famílias. Um representante do novo grupo manifesta as expectativas do grupo e o coordenador do curso apresenta a faculdade e seus aspectos. Após uma saudação de um orador escolhido dentre os professores, os alunos novos alunos são chamados um a um para serem investidos do avental branco que vai acompanhá-los não só durante o curso, mas ao longo de suas vidas profissionais. O padrinho ou madrinha (quase sempre os pais ou irmãos) não conseguem esconder o orgulho ao vestir o jaleco em seu jovem

¹³⁷ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

universitário. A cerimônia que para os calouros parece o coroamento de uma conquista, na verdade é apenas o começo de tudo.

Figura 79: Cerimonia do jaleco



Fonte: Acervo FAMED

A presença dos novos alunos universitários transformaria a paisagem da sóbria Barbalha, mas também os futuros médicos assimilariam um pouco da personalidade da terra de Santo Antônio. Recorda também das palavras de sua mãe ao adverti-lo dos impactos que a chegada destes estrangeiros traria para uma pequena cidade como Barbalha: “cuidado não só com as meninas, mas com os homens, que vão sentir um certo ciúme” (Informação verbal)¹³⁸. E assim, relata ter sentido, realmente, como se estivesse a “invadir territórios”, uma certa “xenofobia”, mas ao mesmo tempo curiosidade por parte de muitos. “Ouvíamos também que a gente *esquentou* o comércio local, a partir de aluguel de residências, apartamentos, compra de móveis, eletrodomésticos, material de estudo, xérox, materiais em geral” (Informação verbal)¹³⁹. E particulariza um setor que parece ser caro aos universitários: “E aí não se pode deixar de falar também dos bares né? A vida lúdica, que também foi muito movimentada e que até assustou de certa forma a cidade outrora pacata”. Não sem passar por admoestações dos mais experientes professores. Eliézer lembra das palavras do cioso Dr. Luciano Moreira Bezerra, coordenador do curso e também pai do aluno Rodrigo Bezerra: “Cuidado com as cachaças, porque vocês estão se formando em Medicina e o nome fica, a repercussão pode existir, a imagem fica”. (Informação verbal)¹⁴⁰. O ex-aluno relembra os primeiros anos de sua estada em Barbalha com um sentimento de aventura, por morar fora de casa. Mas pelo visto, os neófitos estudantes foram ganhando “pais postiços” na tradicional e pacata cidade: “o pessoal

¹³⁸ Idem.

¹³⁹ Idem.

¹⁴⁰ Idem.

experiente falando... orientando sobre isso... muita coisa mudou...esse novo contato com eles. Foi uma mudança de duas vias” (Informação verbal)¹⁴¹.

A ex-aluna Thaís Sampaio recorda a descontração dos primeiros momentos: “tudo era motivo pra festejar”. (Informação verbal)¹⁴². Mas lembra, bem-humorada, que como já tinha um relacionamento sério com seu atual esposo, não participava de tudo. Ainda assim, o grande momento era a festa do pau da bandeira, o cortejo de motivo religioso que era seguido pelo cortejo folclórico e, digamos, mais festivo na cidade. A festa do pau da bandeira é encontro obrigatório de muitas famílias barbalhenses e da região e os alunos de fora eram um tempero a mais. Sobretudo na parte secular da festa.

A professora Gislene Farias de Oliveira lembra da grande aproximação entre professores e alunos, principalmente das primeiras turmas, em que muita gente ficava deslocada. Juntos alunos, professores e a coordenação não deixavam passar em branco festas como o São João, tradicional na cidade, quando todos organizavam uma quadrilha caracterizados, também o natal, além das frequentes confraternizações nos clubes, que serviram para *quebrar o gelo*: “ia todo mundo e a gente dançava com os alunos, eles tiravam a gente pra dançar. Eu ficava intimidada (risos), mas era tudo uma brincadeira, tudo muito tranquilo” (Informação verbal)¹⁴³.

Com efeito, o curso de Medicina de Barbalha ajudou a criar uma “onda universitária” que imprimiria de forma irreversível transformações em vários campos sociais como na economia, cultura, educação, costumes, na política, e certamente na saúde. O sítio eletrônico da FAMED registra em seu histórico a fala do então prefeito de Barbalha em 2009, José Leite Gonçalves Cruz:

Mudou o perfil da cidade com a chegada da Universidade, não somente pela cultura nova que veio se agregar à cultura barbalhense, como também pelo próprio estilo de vida. Mesmo que depois esses jovens não venham a ficar, mas, no período do seu curso, eles prestam serviço à comunidade e acabam se envolvendo com os assuntos do município. (FAMED, 2009)

Naturalmente a cidade de Barbalha, onde está situado o curso e a maioria de seus campos de estágio, percebeu o maior impacto nos serviços de saúde, mas que ao longo do tempo esta oferta se estendeu a Crato e Juazeiro. Foi criada toda uma ambiência acadêmica com a

¹⁴¹ Idem.

¹⁴² Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁴³ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

instalação do curso médico. A interação entre professores e alunos em trânsito nos diversos serviços em níveis primário, secundário e terciário de atenção à saúde permitiu a inserção de uma prática mais acadêmico-científica conforme as melhores diretrizes nacionais e mundiais, mas também em diálogo com os costumes e práticas regionais. Segundo relato da Sra. Adriana Medeiros, administradora do Hospital Santo Antônio, um dos maiores hospitais conveniados, o curso de Medicina trouxe relevante melhora no perfil profissional:

Contribuiu muito a vinda dos alunos, principalmente para a população. O aluno traz a parte acadêmica, de pesquisas, e isso faz com que haja uma troca de saberes entre universitários – que possuem conhecimentos bem atualizados – com os profissionais que aqui atuam. (FAMED, 2019)

Se no ciclo básico, formado por professores não necessariamente médicos houve dificuldades, o ciclo profissional traria ainda mais desafios, segundo o professor Cláudio:

Em Fortaleza nenhum professor da UFC queria se dispor em vir pra cá e não havia vagas. [...] alguém ficava vago lá e aparecia uma vaga pra substituto que vinha pra cá. Como não havia professores de formação na região, foi colhido o que? Médicos. Então, os primeiros professores do curso de Medicina, eles não tinham formação acadêmica médica (para docentes), jamais. A grande maioria jamais pensava que um dia iria ser professor do magistério superior. Então, eles vinham aqui dar a colaboração deles, muito mais por prazer, por consideração, porque os alunos iam lá, pedir *pros* profissionais, os bons profissionais, virem aqui serem professores substitutos, porque o salário era muito... era simbólico. Quase... quase não. Todos os professores do ciclo clínico inicialmente, eu digo, não foram substitutos, foram professores *afetivos*. Eles vinham aqui por afetividade, por carinho, por entender que era um gesto nobre eles estarem aqui. (Informação verbal).¹⁴⁴

Dr. Cláudio recorda que, além da solidariedade e vontade de ensinar, os novos professores recrutados dos hospitais e clínicas enfrentaram a precariedade profissional inicial com desejo de se qualificar na profissão docente, descrevendo também o fino equilíbrio de forças na política interna da universidade e o difícil caminho de um curso desprovido de hospital próprio:

A pão e água

Inicialmente o tratamento foi a pão e água! Posteriormente, foi só a água porque até o pão começou a faltar (recorda entre risos). Mas, isso foi gerando uma massa crítica de docentes que *tavam* se efetivando e eles começaram a entender que a carreira acadêmica precisa de formação, que a carreira acadêmica não é só chegar e dar aula, principalmente num curso médico, que é um curso prático. Então, eles entendiam que tinham que passar por uma formação, fazer um mestrado, fazer um doutorado, fazer pesquisa, fazer extensão. Essa massa crítica começou a juízo e a razão floresceu. Eles começaram, esses docentes, a buscar junto à UFC, formas de capacitação. E aí foi muito importante [...] nesse processo o professor Luciano (Bezerra), que realmente esteve muito presente, tentando resolver quase todos os problemas administrativos e acadêmicos. O professor Odorico Morais, não podemos tirar seu mérito, porque ele

¹⁴⁴ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

conseguiu capacitar, tanto à nível de mestrado como em doutorado, muitos dos nossos docentes, à revelia da todo o Conselho Universitário da UFC. Ele como pró-reitor, ele enfrentou o CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), enfrentou todo mundo e conseguiu colocar curso de pós-graduação onde nossos professores poderiam se capacitar. Essas duas pessoas, eu imagino, que não se pode tirar o mérito delas. O professor Odorico foi mais além, contribuiu com o auditório, as cadeiras ele forneceu... Já o professor Aprígio (Mendes) em Medicina, ele era um preposto do reitor na verdade. A função dele não era acadêmica [...] a função dele era prover o mínimo de estrutura para o funcionamento. Faltou luz? Uma lâmpada queimada? Um funcionário? (essa era sua atuação). A parte acadêmica [...] quem fez isso foi o professor Luciano. [...] O professor Marciano Lima Sampaio, filho do Dr. Pio Sampaio, que era irmão do Dr. Leão Sampaio, [...] ficou responsável pelo ciclo clínico e começou a conversar, mais próximo, com os hospitais para conseguir os últimos dois anos, que era o internato. Foi uma dificuldade porque era uma mudança de paradigma: Um hospital que não tinha atividade acadêmica médica, começa a ter estudantes de Medicina. Depois o interno, que é quase médico, ou está praticando Medicina em tempo real, aprendendo na prática, o que é que ele vai fazer dentro do hospital? [...] Muitos dos médicos que trabalhavam dentro do hospital fizeram resistência a isso, porque eles teriam que sair da situação de conforto deles. [...] era muito cômodo para eles chegarem às quatro horas da manhã, evoluir e às seis horas da manhã eles já estavam nos consultórios deles. Com a chegada dos internos, dos alunos [...] eles não poderiam sair, tinham que ficar no hospital, orientar, assinar as prescrições, sua prática era questionada... Então não foi fácil, porque houve mudança de paradigma, havia muita acomodação local e houve muita resistência no início. Aliás, ainda hoje há resistências. (Informação verbal)¹⁴⁵

Não restaria dúvidas de que a costura política entre o corpo acadêmico, políticos e gestores do executivo teria que incluir o diálogo com os prestadores de serviços de saúde locais. Desprovido de Hospital Universitário, os cursos interioranos estavam fadados a bater na porta dos hospitais filantrópicos que já operavam no SUS. Na época da implantação e primeiros anos de funcionamento do curso o reitor Roberto Cláudio já antevia este caminho ao demonstrar a maturidade e compromisso da UFC ao enfrentar o processo de interiorização do ensino médico apoiado por soluções compartilhadas:

É um curso caro, é uma área em que temos carências fortes dentro do estado [...] A expansão do curso para as cidades de Sobral e Barbalha demonstra o nível de responsabilidade das instituições envolvidas. A forma consequente como o projeto foi gestado e, principalmente, uma visão de compartilhamento de responsabilidades e de recursos. Os municípios foram escolhidos através de condições técnicas apresentadas pela Santa Casa de Misericórdia de Sobral e pelo Hospital São Vicente de Paulo de Barbalha, hospitais filantrópicos e de referência no interior do estado. O Governo do Estado investiu R\$ 7 milhões numa aplicação plurianual durante três anos, que garante todos os equipamentos não hospitalares; e as duas prefeituras, de Sobral e Barbalha, ficaram com a responsabilidade de entregar a área física. (UNIVERSIDADE PÚBLICA, 2001. p. 10)

O reitor reiteraria que sua decisão não fora açodada ou inconsequente: “Essas condições permitiram que a universidade se expandisse, levando em conta as condições legais de curso de boa qualidade” (UNIVERSIDADE PÚBLICA, 2001. p. 10). Deixando claro ainda que este era um seletivo grupo no panorama do ensino superior à época: “Constituímos um conjunto de apenas

¹⁴⁵ Idem.

13 faculdades de Medicina com autorização para expandir e reconhecer automaticamente os cursos, sem necessidade de passar por todo um ritual burocrático” (UNIVERSIDADE PÚBLICA, 2001. p. 10).

De fato, apesar de pacificada a ideia da interiorização do processo de expansão na alta cúpula acadêmica em Fortaleza, ainda demoraria para dissiparem-se as camadas de resistências de parte da população docente. Dr. Cláudio Gleidiston, considerou uma certa vantagem oculta na condição de inexperiência dos primeiros docentes em Barbalha. Contudo, na impressão do professor do curso cariense, o reitor era módico ao se referir ao contraponto fortalezense.

[...] muitos dos gestores acadêmicos da faculdade de Medicina, ou professores da faculdade de Medicina em Fortaleza... alguns deles, os filhos vieram para cá e isso houve, de uma certa forma, uma facilitação, porque alguns eram gestores, alguns tinham influência na gestão, o que facilitou mais o trânsito entre o curso de expansão em Barbalha e a UFC. No entanto eu diria que, 95, 96, 97, 98% da população docente da UFC era contra esse curso, a maioria esmagadora. Não só era contra o curso, era contra as mudanças. Esse curso começou com a reforma curricular que houve no curso de Medicina no ano 2000. Com a implantação do curso aqui se iniciou uma nova era. Aquele curso tradicional, cartesiano, disciplinar, sedimentado deu lugar a uma nova estrutura modular, com metodologias ativas. Isso mexeu com a cabeça dos professores, houve resistência maciça em Fortaleza em se implantar a reforma curricular e aceitar que existia essas duas expansões, aqui e em Sobral. O curso aqui teve uma vantagem em relação aos docentes, porque os docentes não tinham vícios. Então eles foram assimilando a nova metodologia com mais facilidade, embora tenham sido formados de forma cartesiana, sedimentar[...] houve uma digestão mais palatável por parte dos docentes daqui. (Informação verbal)¹⁴⁶.

A professora Gislene Farias de Oliveira recorda da solidariedade e sentimento de doação com o qual os professores mais antigos contribuíam para com o sucesso do curso. Numa época em que em Barbalha tinha pouca oferta de hotéis e pousadas, os professores mais antigos recebiam os professores que vinham de Fortaleza, inclusive para compor bancas de concurso, em suas casas e lhes preparavam um café da manhã. Assim, os professores que chegava nos voos muito cedo, poderiam ter um momento de maior conforto com um banho e uma boa refeição. (Informação verbal)¹⁴⁷.

Até os estudantes tiveram uma participação ativa na composição do corpo docente, e não tímida. Atualmente médico psiquiatra e coordenador do programa de Residência Médica de Psiquiatria do Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, o Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa, ressalta a importância da união de forças para atingir os propósitos mais caros ao curso barbalhense.

¹⁴⁶ Idem.

¹⁴⁷ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Tenho a sorte de ter tido colegas muito antenados nisso tudo e que, mesmo havendo divergências internas, como em toda turma de Medicina, em toda faculdade, [...] pessoas pensantes, há divergências e isso é para o crescimento. A gente soube utilizar isso e sempre nos uníamos na hora que precisava, ao ponto de, quando a gente quando precisamos praticar (nos hospitais) criamos aí seleções para estágios não remunerados, com o aval da UFC, inclusive para certificar aquele local (de prática), emergência do hospital, etc...também criação de projetos de extensão, pesquisa...Tudo isso foi iniciativa coletiva, comungada com a UFC. (Informação verbal)¹⁴⁸.

Segundo revela o ex-aluno, a “escolha” dos professores partiu do contato nas práticas em campo de estágio, como disse: “ali, apendendo em serviço, mas junto sempre [...] um preceptor, um profissional responsável pelo serviço” (Informação verbal)¹⁴⁹. Segundo recorda: “Nós tínhamos editais da UFC sendo lançados pelo site... e na época não se tinha tanta propagação das notícias” (Informação verbal)¹⁵⁰. Além da tímida publicização dos certames, as vagas eram insuficientes: “eram duas vagas, uma vaga... isso pro semestre seguinte, pra o ano seguinte. Então nós sempre sofríamos, por ser a primeira turma, em relação a isso (Informação verbal)¹⁵¹. O que gerava uma baixa concorrência: “Quando a gente via, já estava lá um professor sendo selecionado pra uma vaga, um candidato pra uma vaga” (Informação verbal)¹⁵². O ex-aluno reconhece a contribuição daqueles que entraram e enfrentaram as primeiras salas de aula, mas acreditava que uma maior concorrência no concurso traria professores mais engajados e qualificados. Numa época em que o Centro Acadêmico ainda não estava nem formalizado (embora tivesse todos os seus cargos preenchidos), os próprios alunos partiram em busca de seus professores

Então a gente saia atrás de quem era bom pediatra na região, quem era o chefe do setor de pediatria tal hospital, quem era o cara da UTI, quem era o médico cirurgião para tal tarefa, pra tal edital [...] e conseguíamos muito êxito com isso. Nós saímos de uma concorrência de um ou dois para uma vaga, às vezes com a nota de aprovação sendo a nota limite, de corte, para oito, nove, onze para uma vaga. [...] Médicos que queriam estar na UFC, mas que simplesmente pelo dia a dia atribulado não tinham noção que estava havendo um edital, e até que não podiam se inscrever, nós, alunos, chegamos a pagar inscrições desses futuros concorrentes como professores e que são até hoje professores na federal. Então muito se deve a essa luta dos alunos [...] visando nossa

¹⁴⁸ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁴⁹ Idem.

¹⁵⁰ Idem.

¹⁵¹ Idem.

¹⁵² Idem.

própria formação, mas também criando um quadro de profissionais competentes e adequados para o nível que a UFC (hoje UFCA) merece. (Informação verbal)¹⁵³

Dra. Thaís Sampaio relembra que o início da contratação dos professores era acompanhado com grande atenção:

Os estudantes iam atrás. A gente gostava daquele médico, aquele médico é referência, então se chegava lá e dizia: vai ter concurso. A gente já andava nos hospitais. Nos primeiros concursos não. Mas entrando na região, a gente sabia do concurso e já ia pra aquele profissional que era mais próximo. (Dra. Thaís Tavares Sampaio. Entrevista, 29'27"). A gente viu a entrada de cada um dos professores, [...] de vibrar quando aquele professor que a gente desejava era aquele que entrou. [...] de ir atrás dos professores para fazer a prova. Lembro de ir buscar a Geni (Balaban), para participar do corpo docente: "Geni tem que entrar!" Quem fez a inscrição de Cristiane Pierre na época para professora substituta fui eu e a Germana. Isso de fazer a inscrição para professor nos concursos, isso acontecia. (Informação verbal)¹⁵⁴.

A ansiedade tomava de conta dos alunos em fim de semestre ao temer desfalques nas disciplinas, como recorda Dr. Eduardo Freitas:

[...] a gente ficava de olho naquelas cadeiras em que nenhum professor tinha se inscrito e a gente ficava preocupado. [...] a gente *tava* meio que desbravando [...] e ia ter um novo semestre, quando a gente ia olhar, faltava um mês pra esse novo semestre começar e não tinha nenhum professor inscrito. Então alguns até se reuniam e iam procurar na região do Cariri os especialistas no caso. Quando foi pra passar pra parte de especialidades, a gente ia procurar os especialistas os seus próprios consultórios, apresentava a faculdade e convidava pra fazer o concurso. [...] Alguns já tinham conhecimento, já estavam no meio acadêmico e já se inscreviam, mas outros *tavam* mais em consultório, não *tavam* no meio acadêmico [...] a gente ia convidá-los. (Informação verbal)¹⁵⁵

A professora Thaís nos informa que até 2002 as vagas de professores eram preenchidas muito lentamente, mas a partir de 2002-2003 houve uma importante ampliação. E revela um sentimento de maior dificuldade em preencher cargos no Cariri em relação a Sobral:

Acho que foi favorecido quando entraram os governos do PT, [...] as vagas se ampliaram, porque antes a vaga era a conta-gotas. [...] O corpo médico de Sobral abraçou muito a faculdade. Aqui não houve esse abraço. Até porque a maioria dos profissionais era formada em Recife. Acho que não tinha essa identificação com a UFC. E claro, o professor ganha pouco. Naquela época ainda ganhava pior e substituto não era nada. Alexandre (seu esposo e também professor), por exemplo pagava pra dar aula. Ele não recebia de fato. Então aquilo era por paixão. Por achar que tinha que prestar um serviço. Ainda sair do seu serviço particular, onde se ganha mais, pra dar aula. [...] Ainda tinha que encarar uma faculdade de Medicina, alunos de Medicina. Eu acho que ainda havia o medo (Informação verbal)¹⁵⁶.

¹⁵³ Idem.

¹⁵⁴ Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁵⁵ Entrevista concedida por Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista IX. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁵⁶ Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Tijolo com tijolo

Cientes de que todo concurso era regido por lei e como tal deveria selecionar preferencialmente os mais titulados, de doutor a mestre e especialista, os alunos perceberam que praticamente não havia médicos atuantes na região com formação e titulação acadêmica. Para ingressar como professor na instituição bastava ter o curso superior em Medicina reconhecido pelo MEC e registro no CRM. Isso não os desanimou ao longo dos certames. Segundo Dr. Eliézer considera: “toda faculdade, toda universidade, se constrói com o interesse do aluno também, e muito majoritariamente até.” (Informação verbal)¹⁵⁷ E completa: “Se a gente for esperar por estrutura, tanto docente como física, você sai um profissional mediano, ou até medíocre. Se for esperar por isso, ninguém vai fazer por você” (Informação verbal)¹⁵⁸, afirma. Ele considera uma construção conjunta:

Cresceu todo mundo junto [...] muita gente que chegou verdinha, muitos professores que chegaram verdinhos na arte de ensinar, mas não na profissão, se tornaram também bons no ensino. [...] foram parceiros, colegas, aliás, são hoje nossos colegas, claro. Mas eu vejo como pessoas que marcaram uma época e foram necessárias para hoje a gente ter todo um elogio à universidade sediada aqui no Cariri. O curso de Medicina do cariri, não à toa, hoje é sim uma consequência daquela época e cada um colocou o seu tijolo nessa história. Se tinha ou não mestrado e doutorado, haveria sim a diferença, mas acho que no final das contas, contribuições foram dadas e formações foram bem-feitas. (Informação verbal)¹⁵⁹

Figura 80: Qualificação exigida para o cargo de professor

ANEXO I - QUADRO RESUMO

CÓDIGOS CARGOS	DOS	CARGOS	CLASSE/NÍVEL/PADRÃO	VAGAS PARA CONCORRÊNCIA	AMPLA	VAGAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	VAGAS PARA PESSOAS NEGRAS	PESSOAS	TOTAL DE VAGAS	REGIME	QUALIFICAÇÃO/HABILITAÇÃO EXIGIDA
CAMPUS DA UFC EM FORTALEZA											
01		Médico/Clinica Médica/Pesquisa Clínica.	E-I/01	03		01		01	05	20h	Curso Superior em Medicina reconhecido pelo MEC e registro no Conselho competente
02		Médico/Clinica Médica/Pesquisa Clínica.	E-I/01	02		-		-	02	20h	Curso Superior em Medicina reconhecido pelo MEC e registro no Conselho competente
03		Médico/Traumato-Ortopedia/Pesquisa Clínica.	E-I/01	02		-		-	02	20h	Curso Superior em Medicina reconhecido pelo MEC e registro no Conselho competente
04		Enfermeiro/Saúde Pública/Pesquisa Clínica	E-I/01	03		-		01	04	40h	Curso Superior em Enfermagem reconhecido pelo MEC e registro no Conselho competente

Fonte: Elaboração própria.

Fonte: Cedido por Eliézer Feitosa

Dr. Eliézer Feitosa considerava a questão da baixa remuneração profissional como implícita em relação ao serviço público e que isso era motivo para lutas futuras em prol da valorização docente. Em sua opinião, quem se candidatava a professor da então UFC buscava

¹⁵⁷ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁵⁸ Idem.

¹⁵⁹ Idem.

outro capital. À época coube às primeiras turmas atentar firmemente a todos os detalhes do processo de admissão dos professores:

Ficava muito na cara que o que [...] moveria aquele futuro candidato a entrar era principalmente essa tradição que a UFC carrega, em você se dizer professor universitário, ainda que professor temporário, [...] iniciante, ali num probatório, muito frágil. [...] Isso traz também uma certa valorização do profissional em termos do consultório dele, ou dos procedimentos que ele vá fazer, isso recai como algo atraente para o profissional. [...] Os bons queriam fazer parte sim e a gente conseguiu muito com isso. [...] A desorganização dos concursos e editais fazia com que fossem muito aquém do que poderia ser e a gente fez com que muito disso fosse superado no nascedouro. (Informação verbal)¹⁶⁰

Seria necessário deixar essa marcha vacilante para trás e imprimir passos mais firmes. O ciclo profissional se avizinhava e era fundamental consolidar os convênios com os campos de estágio públicos e privados. Contudo, ao longo da primeira década de sua história, assim como muitos outros cursos universitários no Brasil, o curso de Medicina de Barbalha experimentou uma aceleração em seu desenvolvimento físico e de aspectos pedagógicos.

À medida em que avançava e dialogava com a região o curso médico do Cariri mostrava resultados positivos, dando confiança ao seu projeto e a sonhos mais ambiciosos. Em sua primeira década o curso de Medicina enfrentava ainda sérios obstáculos a seu desenvolvimento. Com o financiamento restrito e controlado pela UFC, falta crônica de estruturas físicas e quadros profissionais, o curso vivenciou seus primeiros movimentos paredistas, inclusive convocados por alunos. Entretanto, mesmo sob condições adversas, o curso de Medicina medrava, em busca de sua consolidação. Este ambiente inicialmente hostil encontraria importantes mudanças político-administrativas a partir de 2003, levando-se em conta, entretanto, um considerável lapso de tempo entre as decisões governamentais e sua execução in loco. Na opinião do deputado Rommel Feijó os alunos superariam as maiores dificuldades nos dois ou três primeiros anos, mas quando concluíram o curso estavam com o melhor espaço físico do Ceará, melhor até do que a de Fortaleza, pela modernidade e amplidão. Entre outros o Dr. Rommel reconhece o esforço do professor “Carcará”, o professor Aprigio Mendes Filho, que montou o laboratório de histopatologia com o que havia de mais moderno à época. Já nesta época, segundo o deputado Rommel Feijó a região do Cariri já lutava para conseguir mais cursos federais e ninguém contestava o curso de Barbalha:

[...] Juazeiro brigou? Não! Crato brigou? Não! Eles dois entenderam que nós não iríamos desonrar o compromisso futuro. [...] tanto que anos depois quando o embrião virou faculdade universidade. [...] nós assinamos esse documento, tem esse documento! Na universidade o professor Barreira (reitor René Teixeira Barreira, 2003 a 2006), o reitor, ele tem lá assinado por [...] três prefeitos, eu, (à época Dr. Rommel

¹⁶⁰ Idem

era prefeito de Barbalha), Samuel (Samuel Araripe, prefeito de Crato) e Raimundão (Raimundo Macedo, prefeito de Juazeiro do Norte), assinado pelas lideranças que *tavam* na reunião. (Informação verbal)¹⁶¹

A professora Gislene Farias de Oliveira, primeira coordenadora, lembra da ação permanente do Aprígio “carcará” Mendes na estruturação do moderno laboratório, além da *ponte* que fazia com a reitoria, portando as demandas mais urgentes. Mas não deixa de dar o devido mérito aos alunos, os maiores mobilizadores para as melhorias de seu curso, tornando-o hoje agradável para se trabalhar (Informação verbal)¹⁶².

Segundo Dr. Rommel Feijó, nesta reunião tudo que as lideranças políticas da época haviam sonhado para a região ficou traçado, junto da universidade. Ele relembra que as três cidades seguiam o mesmo o mesmo pensamento político: “era tudo PSDB” (Informação verbal)¹⁶³.

A universidade federal não teve ninguém atrapalhando a vida dela. Nem no município, nem no estado, nem no governo federal. [...] a área federal, o professor Roberto Cláudio resolvia, a área do estado não tinha grandes problemas porque eram umas pessoas amigas da gente que trabalhavam certinho, leia-se Tasso Jereissati e Beni Veras e a nível de município era eu aqui na Barbalha, Raimundão no Juazeiro e Samuel no Crato. Eles entenderam desde o primeiro momento. (Informação verbal)¹⁶⁴

Há de se levar em conta que já havia um curso médico na região, particular, com estrutura e convênios em estado bem mais avançado. Mas que, segundo o deputado tiveram seu planejamento e concessão concomitantes.

Quando a Lei de Diretrizes e Bases da Educação deu o direito [...] deu pra gregos e troianos. Aliás, deu mais pra os troianos do que pros gregos, porque os gregos... é instituição pública, ela não visa o lucro [...] então ela anda mais lenta né? A instituição que visa o lucro, ela é mais ágil e a Estácio foi bem mais ágil. [...] são decisões internas, não tem instâncias. Fez o estudo, cabe, tem o dinheiro, vamos. (Informação verbal)¹⁶⁵

Dr. Rommel revela que pela instituição particular havia o trabalho do Alte. Aboim (vice-almirante Ernani Vitorino Aboim Silva, representando a mantenedora), Dr. Mauro (Dr. Mauro Sampaio, prefeito de Juazeiro e ex-deputado federal) e Salviano (Dr. Salviano Sobrinho, ex-prefeito e deputado federal). Estava o então deputado Rommel presente no gabinete do ministro

¹⁶¹ Entrevista concedida por Dr. Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁶² Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁶³ Entrevista concedida por Dr. Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁶⁴ Idem.

¹⁶⁵ Idem.

Paulo Renato e também nas discussões do Conselho Nacional de Educação para aprovar a faculdade do Juazeiro. Contudo, não se envolve diretamente em seus caminhos. Além do mais, segundo ele “[...] a faculdade de Medicina privada [...] tinha interesse em botar uma universidade privada por que o custo era lá em cima”. Segundo ele havia uma conexão com o mercado: “[...] Medicina que era uma faculdade que dava um certo dinheiro porque tinha gente que topava pagar porque quando saiam também já tinham oportunidade de emprego mais fácil”, e ainda elenca a diferente origem dos alunos: “[...] o pai tinha condição de investir” (Informação verbal)¹⁶⁶. O deputado complementa que a empregabilidade é uma das muitas variáveis que dão maior ou menor “prestígio” a um curso e, por conseguinte sua liquidez: “[...] a URCA por exemplo, tem professor de biologia fazendo outras coisas [...] mas, de qualquer maneira estão levantando o Q.I.” (Informação verbal)¹⁶⁷, mas ainda pontua algumas críticas de forma genérica ao trato com a coisa pública, revelando um prisma ideológico mais característico de seu matiz político e partidária:

Só acho é que a universidade pública deveria ser mais inteligente e não jogar dinheiro fora, porque tudo é público [...] eu acho que determinadas faculdades [...] podem funcionar e dizer não, nós não vamos abrir três turmas, vamos abrir só uma. E essa turma em vez de trinta vai ser de vinte, porque a demanda saturou no mercado. Ora, o jovem chega, coitado, com aquele idealismo: nasci para ser professor de história... Aí quem vai tirar isso da cabeça dele? Ninguém! Mas, deixa, que tem [...] duzentos e cinquenta professores de história desempregados! Custa você dizer que [...] esse ano é só uma turma e [...] que é com vinte? Você não tá no meio dos vinte porque sua nota não foi boa o suficiente, [...] vai ficar para outra oportunidade. [...] é assim, ou você não vai produzir mais duzentos professores de história pra ficar duzentas frustrações? (Informação verbal)¹⁶⁸

O deputado Rommel Feijó acredita que as instituições privadas agem de acordo com seus recursos e cobram de acordo com a necessidade de pagar seus professores, também mais caros, segundo ele: “Será que o custo dela não é alto? Ou é porque há oferta e procura? No começo foi a oferta e a procura, apesar de tanta faculdade de Medicina espalhada por aí, que a procura tá encontrando” (Informação verbal)¹⁶⁹. Dr. Rommel cita várias faculdades pelo interior do Nordeste brasileiro e do país como um todo, algumas anteriores, outras instaladas após o curso de Barbalha: “você tá encontrando, você não tá tendo dificuldade, [...] depois da LDB abriu-se à vontade [...] o governo foi complacente, aceitou muita coisa e entrou muita gente. Aí há o questionamento, estão se formando direito ou não? Daí o problema dos governos” (Informação verbal)¹⁷⁰. Destarte, o parlamentar defende a realização de exames nacionais:

¹⁶⁶ Idem.

¹⁶⁷ Idem.

¹⁶⁸ Idem.

¹⁶⁹ Idem.

¹⁷⁰ Idem

“mecanismos de regular, tem que acontecer! Quando Paulo Renato botou aqueles testes foi uma *gritalhada* no Brasil. Ora, os reitores viviam ali no trono, não se esforçavam... uma quantidade de doutorados pequena... um orçamento enorme... um paquiderme” (Informação verbal)¹⁷¹.

Contudo vê mudanças atualmente:

Hoje as universidades estão mais ágeis [...] com o mesmo número de professores aumentou em 100% o número de alunos, com o mesmo custo. Isso aconteceu em várias universidades do Brasil. Então realmente você precisa pensar o público como o privado, ser competitivo, dormir pouco, trabalhar muito e pensar que aquela coisa é sua. Dê seu sangue por ela para que as instituições tenham o vigor que precisam. Porque é lá onde está a segunda formação da pessoa, a formação em nível superior. [...] isso é pro resto da vida. (Informação verbal)¹⁷²

Ainda assim, o parlamentar respeita as divergências e reconhece que à época o projeto do curso de Medicina de Barbalha fluíu com a ajuda da cúpula acadêmica da UFC. Ainda creditando a elementos afetivos o respeito pela região do Cariri:

[...] tem reitores que pensam de uma forma, outros pensam de outra.... Tem eleições, às vezes, em que uma universidade não leva sorte... Nós levamos sorte com o Roberto Cláudio. Ih rapaz, ele foi legal. [...] e o Barreira também deu continuidade [...] o grande reitor da UFC foi o caririense Martins Filho (Antônio Martins Filho, um dos fundadores e primeiro reitor da UFC) [...] avô ou pai da esposa de Roberto Cláudio [...]. (Informação verbal)¹⁷³

Dr. Rommel argumentava em sua entrevista que a Instituição privada, no caso a Estácio preferia manter suas faculdades ligadas à sua universidade central, e que o mesmo poderia se passar com as faculdades federais no Cariri. Ou seja, não passarem de extensões da UFC em Fortaleza. Mas segundo ele, a população política (politizada?) fazia pressão em sentido contrário.

Foi uma provocação

Diferentemente, o atual diretor da Faculdade de Medicina da UFCA, Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva, em entrevista, considera sua hipótese sobre a corrida entre as duas instituições, a expansão da UFC e o curso da Estácio, como decisiva para a vinda do curso público:

Na verdade, o curso público foi impulsionado pelo curso privado. A motivação não foi...não partiu da Universidade Federal do Ceará, muito pelo contrário, ela não pensava em expandir ou abrir as portas do curso de Medicina. Tendo em vista o aparecimento de uma instituição particular e cujos mentores intelectuais, o prefeito Mauro Sampaio e o Almirante Aboim (Ernani Vitorino Aboim Silva), queriam trazer a expansão da UFC *pra* cá e não lograram êxito. Eles acabaram trazendo uma instituição privada e isso motivou a UFC a repensar. [...] Foi uma provocação e o reitor, então na época o professor Roberto Cláudio (Frota Bezerra), em ser provocado,

¹⁷¹ Idem.

¹⁷² Idem.

¹⁷³ Idem.

começou a rever o pedido que tinha sido feito por parte do prefeito de Juazeiro e do almirante Aboim, que por coincidência, era o presidente, na época, do Conselho Nacional de Educação (CNE). Então, quando ele viu o projeto da faculdade privada de Juazeiro no CNE, isso o motivou a repensar. Disse, mas rapaz! Chegaram pra mim com essa proposta e eu perdi espaço. Aí ele saiu de lá já com a ideia de montar as duas expansões. Montou primeiro no Cariri, em função da FMJ, e, quando o Cariri ganhou uma, os Ferreira Gomes foram lá: por que Sobral não tem? Aí foi uma questão política. Foram conversar com o professor e conseguiram mais uma expansão *pra* zona Norte [...] a história começa daí... (Informação verbal)¹⁷⁴

A professora Gislene Farias de Oliveira corrobora o pensamento do professor Cláudio Gleidiston e até revela a impressão de ter havido um certo sentimento de ciúme por parte da universidade ao saber que a Estácio se instalaria no Cariri. Inclusive acredita que isso acelerou os processos na tentativa de que a federal se instalasse primeiro. “Na verdade, eles (os cursos) se instalaram quase ao mesmo tempo” e reafirma seu respeito às duas instituições igualmente: “elas precisam de ter qualidade, porque quem não tem qualidade não se estabelece”. (Informação verbal)¹⁷⁵

Já o parlamentar relembra que após garantida a faculdade de Medicina de Barbalha seguiu lutando pela consecução de uma universidade pela região, inclusive acompanhado pelo senador Reginaldo Duarte, defendendo o projeto no senado federal conferindo ainda mais visibilidade ao pleito. Todo o processo era demorado em função da alegada falta de recursos federais. Foi aí, como relata o deputado Rommel, que um dos três prefeitos presentes na já citada e fatídica reunião no Hotel Verdes Vales, saiu na frente, comprou e doou um terreno enorme garantindo assim que a reitoria e maioria dos cursos ficasse dentro de seus limites territoriais (Informação verbal)¹⁷⁶. Este investimento proporcionou, entre outras vantagens, que em uma das cidades circulasse a maior parte dos recursos financeiros da instituição de ensino federal. Lembrando que no modelo de gestão desenhado, a UFC seria apenas a gestora, os municípios é que seriam os garantidores dos espaços físicos.

Deu-se então na primeira década uma quadra marcada pelas lutas por ampliação de sua estrutura e serviços, efetivação e qualificação do corpo docente, melhores salários e condições

¹⁷⁴ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁷⁵ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁷⁶ Entrevista concedida por Dr. Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

de trabalho, mas sobretudo por maior autonomia da faculdade. A tão sonhada autonomia só chegaria depois de uma década de funcionamento do curso.

Formação do Centro Acadêmico

Segundo o egresso da primeira turma Eliézer Luna de Alencar Feitosa, no primeiro ano de funcionamento não havia centro acadêmico funcionante, mas já havia uma sede por viajar e mostrar a faculdade pelo Brasil. A partir deste sentimento, foram se organizando as primeiras lideranças e seus posicionamentos. Ele recorda que por afinidade juntou-se aos alunos Mário Pontes, Thiago Leal, Clodoaldo Duarte e Roberto Mendonça. Havia apenas um protótipo de centro acadêmico, ainda sem nome. Mas seria necessário instituí-lo e estruturá-lo para participar dos eventos estudantis. Já no segundo ano, em vésperas de formalizar o centro acadêmico em cartório, com CNPJ, seria necessário um “pequeno detalhe” que vinha escapando até após uma reunião. A agremiação não tinha nome oficial. Logo surgiram as torrentes de sugestões e foram se acirrando as discussões em torno de diferentes chapas, cada uma defendendo diferente denominação. Dr. Eliézer recorda de argumentar que o centro acadêmico seria uma instituição e não uma gestão passageira, pontuando a gravidade da escolha. Os primeiros nomes aventados foram Irmã Edeltrault Lerch, beneditina alemã fundadora do Hospital São Vicente e grande benemérita da cidade; Dr. Aprígio Mendes Filho, professor de histologia e grande referência da microscopia, também lugar-tenente da reitoria na faculdade. E, se tinha o “carcará”, não podia faltar outro marco da paisagem sertaneja. Chegou-se a sugerir o nome de Mandacaru Universitário, para nomear o futuro centro acadêmico. Outros nomes em referência a Barbalha foram aventados, como Santo Antônio, mas sem muito apoio. Em função da iminência da votação definitiva e insatisfeito com a pouca seriedade das discussões, Eliézer Feitosa, por questão de ordem solicita mais uma semana de prazo. Nesta pausa dedicada à pesquisa de um nome forte e definitivo para sugerir ao grupo, lembrou-se de sua estada no Recife para o Encontro Regional dos Estudantes de Medicina (EREM). Alojado no curso médico da Universidade de Pernambuco, teve como dormitório justamente uma das salas do Diretório Acadêmico Josué de Castro. Sua curiosidade histórica o havia levado a descobrir quem era e como havia influenciado a medicina, política e a sociedade pernambucana Josué de Castro. Logo percebeu que o vulto histórico autor de Geografia da Fome e Geopolítica da Fome, tinha atuação não apenas médica, clínica, mas transcendia às lides hipocráticas influenciando toda uma geração de políticos e pensadores sobre questões éticas e humanas ligadas à saúde. Outra lembrança o levou ao centro acadêmico do curso médico de fortaleza, XII de maio, em alusão

à data de fundação do curso. Embora diante de duas inspirações perenais, achou ele que um nome traria maior empatia do povo barbalhense e cariense em relação à uma data fria.

Passou Eliézer diretamente à biblioteca de Barbalha onde enfronhou-se em livros e mais livros de biografias de personalidades carienses dignas de nomear o centro acadêmico, quando foi socorrido pelo cuidador da biblioteca. Este funcionário resolveu encurtar-lhe o caminho e o dirigiu diretamente à casa do Dr. Napoleão Tavares Neves. Dr. Napoleão, como é mais conhecido na cidade, é um experiente médico, à época ainda ativo, com mais de oitenta anos. Memorialista e estudioso da história local, Dr. Napoleão pediu que o jovem se identificasse. Ao receber dele apenas o prenome, o nome de batismo, retrucou: - Seu nome completo rapaz! Quando ouviu os três sobrenomes do jovem estudante de Medicina foi capaz de traçar a origem de sua família do Cariri até a região dos Inhamuns. Uma rica conversa sobre o pleito do curso de Medicina levou Eliézer a sugerir pessoalmente o nome do velho esculápio. Nova reprimenda: - Não! Respondeu firme. -Eu sou vivo ainda, eu ainda posso fazer besteira! E completou: - Eu acho interessante que se homenageie pessoas que já se foram. Pediu licença. Entrou da varanda para sua biblioteca e voltou trazendo um volume com a biografia do barbalhense Leão Sampaio, nome que honraria sua grande e prestimosa família, bem como a instituição. De volta à faculdade com a proposta, Eliézer relembra que nem todos já haviam ouvido falar na efeméride barbalhense. Dr. Napoleão ainda se dispôs a defender o pleito junto do aluno. Como de fato, foi à faculdade ao final da última aula da tarde e proferiu palestra decantando toda a importância do exemplo humano, médico e político que havia sido o Dr. Leão Sampaio. Ao final da palestra marcou-se já o escrutínio para breve. Na apuração, dos 40 corações e mentes, o nome do Dr. Leão Sampaio conquistou 27. A aclamação foi tão forte que o ex-aluno Eduardo Freitas Vieira lembra como unanimidade. Passou imediatamente à ata de reunião e aos seguintes trâmites cartoriais. Assim, o médico nascido em 1897, formado no Rio de Janeiro em 1922 e falecido aos 91 anos daria nome à instituição estudantil.

O patrono do C.A. enquanto médico atendia com igual zelo a ricos e pobres, a qualquer horário, dia ou noite, atravessando rios nas costas de trabalhadores para fazer atendimentos. Apesar de especializado em oftalmologia não se negava a fazer partos, de cirurgias pequenas a amputações e consultas simples, e, que também como político influente na região ajudou a fundar escolas, postos de saúde, grandes hospitais, estradas, ramal ferroviário, abastecimento de água e urbanização entre outras benfeitorias. Contudo, sua maior obra, como registrada em seu perfil biográfico d'O Diagnóstico, seria haver plantado no espírito do povo barbalhense o exemplo de sacerdote da Medicina a qualificar perenemente a prática dos seguintes esculápios.

Leão Sampaio ficaria definitivamente nomeando o Centro Acadêmico (Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista, 16'00"; Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista, 83'39"; O DIAGNÓSTICO, 2003).

Figura 81: Logo do Centro Acadêmico Leão Sampaio



Fonte: Facebook CAL S Dr. Leão Sampaio

Já Batizado, o Centro Acadêmico Leão Sampaio (CAL S) seria a ponta de lança dos alunos no enfrentamento ao caos burocrático da instituição federal, ainda dependente de decisões do curso mãe em Fortaleza. Segundo nos informa Eliézer Feitosa, foi um período de grande desenvolvimento do aspecto político dos futuros médicos, onde puderam ver tomarem posição várias ideologias diferentes, mas unindo-se diante da necessidade de crescer enquanto curso. Resilientes, passaram a agir de forma mais sistematizada frente a posturas verticais vindas de Fortaleza. O ex-aluno nos revela também que a estrutura descentralizada em comissões do centro acadêmico foi fundamental para viabilizar vários processos críticos mesmo para o funcionamento cotidiano do curso. Como exemplo cita a mobilização em prol da contratação de professores, onde os próprios alunos iam à boca de caixa nos bancos pagar a guia de Recolhimento da União (GRU), referente à inscrição dos professores. Ou transportando de forma pouco republicana o formol para os tanques do anfiteatro de anatomia, quando as peças anatômicas já não podiam mais esperar pelo alvará de liberação da Polícia Federal. Mas, de forma mais decisiva, a representação estudantil conferiu força aos pleitos barbalhenses, quando as respostas vindas de fortaleza eram lentas e refratárias. Enfim, permitiu que o “olho a olho” das negociações trouxessem por trás o peso dos 40 nomes da turma, o que seria de

capital importância para as lides estudantis no que toca às reivindicações e embates, como veremos mais adiante. (Informação verbal)¹⁷⁷

O médico e professor do curso de Medicina da UFC Marciano de Lima Sampaio foi um dos professores que o novo curso trouxe de volta para a terra durante a missão de implantação curricular. Filho do médico Dr. Pio Sampaio, testemunha de toda a história da construção do antigo colégio, juntou-se a outro tradicional médico barbalhense e acadêmico da Academia Cearense de Medicina, Dr. Napoleão Tavares Neves, decisivamente influenciando a escolha do nome do diretório acadêmico da nova faculdade.

O nome do grande médico e deputado federal barbalhense Dr. Leão Sampaio foi o escolhido. Foram dois momentos na história da cidade onde o sentido de trabalho comunitário foi crucial, primeiro para construção do prédio e implantação do moderno colégio, e o segundo para garantir que viesse e lá ficasse definitivamente um curso de Medicina público com influência para toda a região do Cariri e até estados vizinhos.

A Comunicação entre os alunos

Numa época em que, embora já houvesse maior acesso à telefonia celular, não havia a difusão de smartphones e redes sociais tão avançadas como atualmente, os alunos tinham um contato pessoal intenso. O ex-aluno Eliézer Feitosa recorda que a sua turma, a primeira, era bastante diversificada. As diferenças eram sociais, da cidade de origem, mas sobretudo de opiniões. Entretanto, recorda ele, “a divergência ficava no campo ideológico somente. A união existiu e existe ainda. Isso é muito importante” (Informação verbal)¹⁷⁸. Já Dr. Eduardo Freitas recorda que havia muitos e calorosos embates, naturais num grupo de 40 pessoas, mas sempre respeitosos. Relata que as eleições para o Centro Acadêmico eram bem disputadas entre as chapas, com debates quentes. Havia muito corpo a corpo, embora já houvesse plataformas como sms e celular para comunicação. Essas reuniões se davam, além de no ambiente da faculdade, nos pensionatos, seguindo-se nas repúblicas e, finalmente, no seu espaço próprio, o Centro Acadêmico. Eduardo lembra também que, antes mesmo de haver Centro Acadêmico uma liderança natural surgiu. Dr. Heron Carvalho, por ser mais experiente, assumiu o papel de líder da turma, uma espécie de proto-liderança. Aos 26 anos no início do curso, para eles Heron já era um venerável decano. À medida em que avançaram para o segundo e terceiros semestres,

¹⁷⁷ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁷⁸ Idem.

iam incorporando mais pessoas e por afinidade formando-se grupos e daí chapas. Dr. Eduardo recorda de embates em que o acirramento fez com que o pessoal da “Casa dos Artistas” cortassem relações e parassem de falar com o pessoal da “Babilônia”, que logo passou a chamar a outra república de “Casa dos Autistas” (Informação verbal) (Informação verbal)¹⁷⁹. Na falta de plataformas eletrônicas mais abrangentes para comunicação, os alunos logo fundaram um jornal impresso. O periódico chamado “O Diagnóstico” começou a circular em fevereiro de 2003 por expediente conjunto de alunos e professores articulando apoio de 16 anunciantes, desde a prefeitura de Barbalha, colégios locais, óticas, lojas de roupas, de construção, de móveis, academias, salões de beleza e até lanchonetes. Enfim, quem quer que pudesse ajudar. Inicialmente lançado como um projeto de extensão pelo bolsista Eduardo Freitas Vieira por orientação da professora Marinila Munguba, o jornalzinho atravessou turmas e semestres. Responsável pela coluna política “o termômetro”, dedicada às discussões sociais, da política interna e estudantil, Eliézer Feitosa também percorria o comércio local em busca de apoio para a impressão, mesmo pequenos valores. Estes comerciais remuneravam mais ou menos o jornal de acordo com o tamanho do anúncio, mas sempre ajudavam o periódico a circular em Crato, Juazeiro e principalmente Barbalha (Informação verbal)¹⁸⁰.

Figura 82: Jornal O Diagnóstico



Fonte: Acervo do autor

¹⁷⁹ Entrevista concedida por Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista IX. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

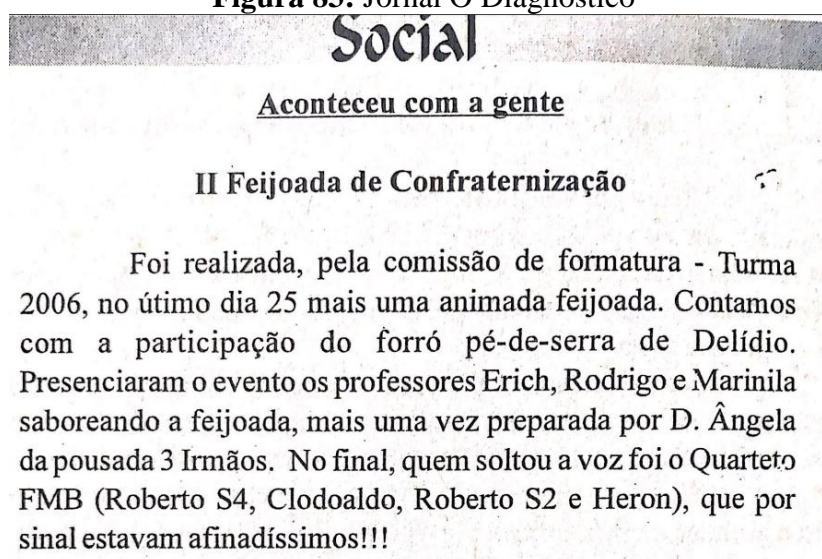
¹⁸⁰ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

O jornal circularia na faculdade, mas também, e, principalmente extramuros, onde seria o porta voz do Centro Acadêmico na defesa do curso junto à opinião local, tendo em vista os ataques externos os quais inicialmente sofreu. Suas páginas traziam fatos e opiniões sobre a inserção do curso médico na cidade e região, ressaltando, claro, seus aspectos positivos. O movimento estudantil era outro importante foco, dando conta das opiniões e sentimentos dos alunos com a corrente situação estrutural do curso e dando voz a seus queixumes.

Trazia também coluna de utilidade pública, onde uma comissão de alunos trazia uma pesquisa de preços de itens básicos no comércio local, bem como relatando problemas de âmbito local, como furtos e depredações, reivindicando soluções ao poder público. Para fazer pontes com o aspecto humanista, o jornal fazia referência a histórias de médicos ligados à cultura. Sem deixar de lado a prata da casa, concedia espaço para que quisesse se aventurar em suas expressões artísticas.

A saúde, claro, era o carro chefe. Não apenas as práticas médicas que iniciavam nos hospitais eram descritas, mas também havia a promoção da saúde, com colunas falando de esportes, atividades físicas, dicas de saúde e boa forma. Havia a preocupação com a integração social, falando dos encontros estudantis, bem como a descontração em algumas colunas de curiosidades, caça-palavras com termos médicos de entretenimento com “causos” e chistes sobre personagens implícitos os quais eram imediatamente reconhecidos entre gargalhadas dos colegas nos corredores da faculdade.

Figura 83: Jornal O Diagnóstico



Fonte: Acervo do autor

Entretanto, havia também reverência. Logo no primeiro exemplar havia duas colunas descrevendo perfis de personagens fundamentais para a história da faculdade e para a

compreensão da missão médica. Uma versava sobre o médico Dr. Leão Sampaio, vulto histórico que deu nome ao Centro Acadêmico e outra sobre a diretora do Hospital São Vicente, principal campo de estágio do curso, a Irmã Edeltraut Lerch.

O artigo destaca a religiosa nascida na cidade de Güntersdorff, Main Sudetenland, na Alemanha vinda para o Brasil em 1955. A beneditina participou da fundação e expansão do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo iniciada ainda em 1964. O nosocômio em questão foi iniciado por Dr. Lyrio Callou, outro benemérito da cidade, a partir de uma doação de uma senhora de Recife. Por falta de dinheiro a obra havia sido interrompida, quando juntos o Padre Eusébio de Oliveira (hoje Monsenhor), com a ajuda do Centro de Melhoramento de Barbalha e toda a comunidade barbalhense conseguiram arrecadar fundos suficientes para a conclusão da obra em 1969. o Hospital São Vicente foi entregue à Administração das Irmãs Beneditinas de Tutzing e inaugurado em 1º de maio de 1970. A comunidade religiosa era inicialmente pela Irmã Edeltraut Lerch, enfermeira especializada em educação, que chegou em Barbalha com a responsabilidade de ser a primeira diretora do hospital. Seu trabalho foi marcado por princípios de humanização e relações interpessoais. Com ela vieram também Ir. Alacoque, Ir. Alésia, Ir. Áurea e Ir. Clemens. Em sua direção a Ir. Edeltraut Lerch foi incansável na captação de recursos financeiros e materiais junto à sociedade em geral, o Governo do Estado e até de doações vindas da sua Alemanha natal. À época da expansão do ensino médico para Barbalha o hospital filantrópico já era regido com um extremo senso de solidariedade e responsabilidade social e a irmã Edeltraut Lerch comemorava a recepção da faculdade na pessoa do Dr. Marciano Sampaio, que lhe expôs a proposta humanizadora do curso e do novo currículo (O DIAGNÓSTICO, 2003; HOSPITAL SÃO VICENTE, 2020).

Figura 84: Jornal O Diagnóstico

Ferri



O Jornal "O Diagnóstico" entrevistou na última quinta-feira, dia 20, a Irmã Edeltraut Lerch, diretora executiva do Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo - HMSVP, a qual nos recebeu em seu escritório.

Nascida na cidade de Güntersdorff, Main Sudentland, na Alemanha, veio para o Brasil em 1º de novembro de 1955. Em Barbalha, participou da fundação e expansão do HMSVP. Irmã Edeltraut, com 53 anos dedicados à vida religiosa, representa, com todo o seu carisma e simpatia, exemplo de fé e amor ao próximo.

O Diagnóstico: Como se deu a fundação do Hospital e como foi a sua participação neste processo?

Irmã Edeltraut: Quando eu cheguei em Barbalha, Padre Eusébio era o vigário da cidade e começou, em 1964, a construção desse hospital. Quem iniciou a construção da maternidade foi o Dr. Lyrio Callou, recebendo uma doação de uma senhora de Recife. Não tinha mais dinheiro, e ficou assim (a construção parou). Na época, tínhamos um colégio na cidade. Uma das irmãs, vinda da Austria, começou a pedir dinheiro na Alemanha, e, então, Padre Eusébio, com muito sacrifício, começou a construir esse Hospital. De modo que, em 1969, me foi entregue a direção.

O Diagnóstico: Qual a sua visão e sentimento ao ver a importância do HMSVP para a Região?

Irmã Edeltraut: A importância não vem de mim não. Em primeiro lugar, vem de Deus. Nós somos apenas um instrumento muito frágil. Como sou religiosa, percebi e senti que manter um hospital só trabalhando, não tinha sentido. Deve-se dar uma outra filosofia ao hospital porque, cuidar dos doentes, todo hospital faz, cada um de sua maneira. Por isso, decidi batalhar na humanização. Tal humanização precisa de um suporte, a espiritualidade. Quando a pessoa está doente, precisa de carinho, sentir-se amado. O amor cura, também.

O Diagnóstico: Que benefícios a Faculdade de Medicina de Barbalha trouxe e trará para a região unida a esse pólo de saúde já existente?

Irmã Edeltraut: Os estudantes de Medicina de Barbalha estão sendo muito bem formados, pois os professores batem muito na tecla da humanização. Isso traz um grande benefício, porque, hoje em dia, a gente vê muito comércio na saúde, e isso é triste. Eu fiquei muito feliz quando o Dr. Marciano (professor da UFC) me falou que estava dando ênfase à humanização. Nós sentimos isso com vocês aqui estagiando. Existe realmente muita delicadeza e carinho com os doentes, sem distinção das pessoas.

O Diagnóstico: Diante dessa parceria firmada entre o HMSVP e UFC, quais as perspectivas para o futuro e como a senhora vê uma melhoria do serviço pelo fato de o HMSVP se tornar um Hospital-Escola?

Irmã Edeltraut: A melhoria constituiu-se em um estímulo para o nosso corpo clínico, pois eles vêem a importância do bom exemplo que devem dar. O exemplo irradiado, e todos vão sentir uma obrigação de ser realmente o que deveriam ser. Isso será muito benéfico, principalmente para os estudantes de Medicina, que vêm de todas as partes do Brasil.

O Diagnóstico: Diante dessa perspectiva de humanização do ensino médico, enfatizada no novo currículo, e do próprio caráter do HMSVP, gostaríamos de saber se há possibilidade de elaboração de planos de desenvolvimento de trabalhos comunitários extracurriculares envolvendo as duas instituições?

Irmã Edeltraut: Pode, não tenho nada contra, isso acelera mais a recuperação do paciente. E se vocês puderem visitar os pacientes em casa, eles receberão um carinho totalmente especial, por que não? No hospital, durante 20 anos, nós tivemos uma escola em que formávamos auxiliares. Visitar os doentes era também uma obrigação. Ver a miséria e o ambiente, nesse sentido, faz muito bem. Desce um pouco a pessoa do nível. Esta fica mais contente com aquilo que tem, em comparação com o que encontra na pobreza da outra pessoa. É excelente.

Edwardo Vieira - 4º Semestre / Nelí Feitosa - 2º Semestre

Diagnóstico

Dr. Leão Sampaio: ao povo, de corpo e alma

Dr. Leão Sampaio, nome que, orgulhosamente, o Centro Acadêmico da Faculdade de Medicina de Barbalha estampa em sua denominação, representa um magnífico exemplo de vida, tendo em suas ações, especialmente na medicina e na política, o humanitarismo como norte.

Em Barbalha, Ceará, a 6 de fevereiro de 1917, nasceu Leão Sampaio. Filho de José de Sá Barreto, conhecido como Zeca Sampaio, e Dona Maria Costa Sampaio, Leão Sampaio foi educado, juntamente com seus nove irmãos, recebendo valores e ensinamentos que alicerçaram seus grandiosos gestos durante toda a vida.

Iniciou sua vida de estudos em Barbalha, seguiu para Guaiabá e, antes de obter êxito no vestibular, estudou no Rio de Janeiro, Acadêmico da Faculdade de Medicina da Bahia até o quarto ano, transferiu-se para a Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, onde, em 1922, graduou-se, especializando-se em Oftalmologia.

Certa vez, Padre Antônio Vieira coerentemente qualificou Dr. Leão Sampaio como santo, sacerdote e mártir do dever médico. Dr. Leão não se limitava à lida oftalmológica. Incansável, paciente e seguro, ele realizava procedimentos como cirurgia de amígdalas, de hérnia estrangulada, partos com manobras, amputações e visitava pacientes, sempre visando a sanar ou amenizar o sofrimento do povo do Cariri e de estudos vizinhos.

Notável, esplêndido e exemplar foi Dr. Leão Sampaio no trato com seus pacientes. Era capaz de interpretar o coração, o íntimo do sofrido que o procurava. Seu carisma envolvente, o ouvir atento, a voz suave, os gestos carinhosos e seguros, infundiam nos habitantes desamparados e esquecidos de nossa região, outora remota, ares de esperança e fé na vida.

Dr. Leão clinicava diariamente, muitas vezes até à madrugada, em Barbalha, cidade a partir da qual sua fama se propagou pelo Nordeste. Valendo-se de disposição hercúlea e ignorando, certas vezes, ao final de suas atividades diárias a exaustão física, ainda seguia a pé, com lampião em punho, a visitar enfermos em seus domicílios. Ao ser solicitado a comparecer a localidades distantes, não se recusava a viajar, mesmo sob condições desconfortáveis, pelo compromisso que tinha com o socorro, e a cuidar daqueles que necessitavam de sua presença. Tal conjunto de ações, repletas de puro humanismo e sem fins lucrativos, era responsável por causar na população uma verdadeira devoção em torno de sua figura.

Já casado com Donsa Odorina Castelo Branco, sua companheira por toda a vida, Dr. Leão Sampaio foi incentivado por amigos a lançar candidatura ao Parlamento Nacional como Deputado Federal. Em 1933, não abandonando integralmente sua prática médica até ali desenvolvida e visando a uma melhor forma de atender aquela população tão carente, Dr. Leão Sampaio passou a fazer parte da política nacional, engrandecendo-a com sua ética, dedicação e espírito de homem público.

Obtendo sempre expressivas votações, inclusive com votos oriundos de estados vizinhos, em todos os certames eleitorais os quais disputou, Dr. Leão atuou suprapartidarmente durante 40 anos, legando para os colegas e para a população brasileira sua forma de realizar política. O parlamentar Leão Sampaio alavancou o progresso da região do Cariri, principalmente, e, acima de tudo, promoveu melhorias fundamentais na qualidade de vida da população, seu objetivo maior.

Dentre os benefícios conseguidos, alguns de grande relevância são: Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, em Barbalha; Hospital Maternidade São Lucas, em Juazeiro do Norte; Posto de endemias rurais de Barbalha; Posto de endemias rurais de Juazeiro do Norte; Posto de endemias rurais de Jardim; Posto de puericultura da Legião Brasileira de Assistência - L.B.A., em Barbalha; Colégio Santo Antônio, em Barbalha; Colégio Nossa Senhora de Fátima, em Barbalha; Serviço de abastecimento de água de Porteinhas; Hotel Bom Jesus, em Caldas, distrito de Barbalha, Urubitinga do Balneário do Caldas; Ramal Ferroviário de Barbalha.

Em 1975, aposentou-se da política, após 40 anos de obstinado labor em prol do povo. No dia 24 de novembro de 1988, aos 91 anos, já bastante alquebrado fisicamente, Dr. Leão Sampaio faleceu. Seu sepultamento, ocorrido em Barbalha, comoveu a multidão presente. Políticos de partidos distintos, trabalhadores braçais, donas de casa e muitos outros que, de alguma forma reconheceram o valor daquela personalidade ímpar, imortalizaram-se em um silêncio eloquente que reverenciava Dr. Leão Sampaio e seu legado de intelectuais para a posteridade.

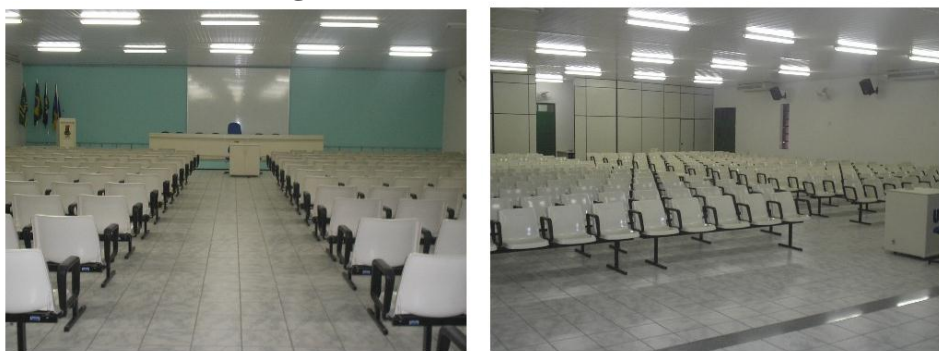
Elizeir Feitosa - 4º Semestre

Fonte: Acervo do autor

Um importante projeto de extensão elaborado pelos alunos foi o cursinho pré-vestibular Leão Sampaio. A professora Gislene Farias de Oliveira, primeira coordenadora do curso recorda que foi procurada pelo aluno Hedilberto Macêdo, que inspirado em uma iniciativa semelhante que havia visto em Fortaleza, desejava beneficiar a população mais simples de Barbalha com ajuda na preparação para o vestibular, como uma forma do curso público dar um retorno à sociedade. Junto com o aluno a professora elaborou o projeto do cursinho Leão Sampaio, o qual funcionou no período noturno num prédio cedido pela prefeitura durante dez anos, sendo ministrado por bolsistas e voluntários. O cursinho tinha mensalidades simbólicas, visando apenas cobrir os custos de operação, além do material ser fornecido e atendia turmas de 20 a 30 alunos. Assim, alguns alunos que podiam, contribuíam pelos mais carentes, que o frequentavam graciosamente. Já o aluno Eliézer Feitosa, da primeira turma, aduz a isso que, o fato de haver pagantes e não pagantes, fazia com que voluntária o involuntariamente uns ajudassem os outros. A combinação de forças incluía a municipalidade, que fornecia o colégio que inicialmente não funcionava à noite, com o segurança, os materiais e apostilas eram

garantidos por meio de doações dos empresários e os alunos do curso médico ministravam as aulas. A procura foi tão grande que foi necessário realizar processo seletivo, inclusive separadamente, para pagantes e não pagantes (Informação verbal)¹⁸¹. Posteriormente, a própria faculdade abraçaria o projeto e já com o auditório da FAMED pronto, as aulas puderam ter lugar num ambiente mais confortável. Uma das graduandas que contribuiu com o curso foi a atual professora e coordenadora do curso Emille Sampaio. Filha de professora, ela revela que desde os ensinamentos fundamental e médio gostava de ajudar os colegas a estudar. Segundo ela, o cursinho pré-vestibular da faculdade era quase um hobby, fazia porque gostava (Informação verbal)¹⁸². Eliézer Feitosa, recorda que não chegou a dar aulas no cursinho, mas que ajudou a viabilizá-lo. Um dos atestados de sucesso do empreendimento que beneficiava alunos carentes eram as críticas que passaram a receber de donos de cursinhos privados, que os acusavam de não serem professores de fato e recomendavam que eles teriam que ser “formados em pedagogia para exercer a profissão” (Informação verbal)¹⁸³

Figura 85: Auditório da FAMED



Fonte: Acervo da FAMED

O ex-aluno Eliézer Feitosa cita exemplos marcantes, como de filhos de empregadas domésticas, de agricultores, os quais não tinham condições de bancar um curso pago num colégio tradicional ou cursinho eram aprovados em instituições públicas e particulares na região e em outros estados, inclusive em cursos da área de saúde como Medicina, enfermagem e Fisioterapia, segundo ele. A professora Gislene afirma que o cursinho não era voltado especificamente para o curso de Medicina e que, de fato, a iniciativa deu alento a muitos alunos

¹⁸¹ Idem.

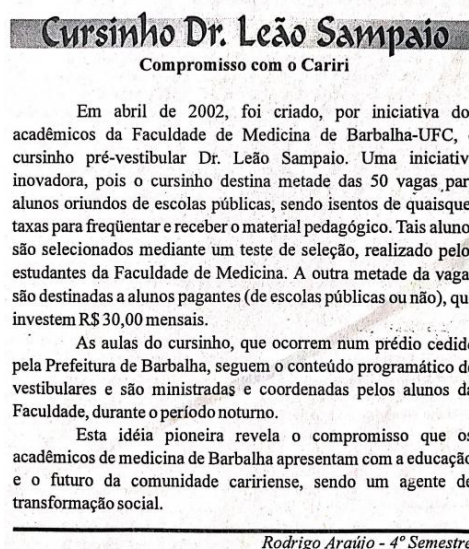
¹⁸² Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁸³ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

de escola pública que antes concorriam em desigualdades com alunos mais abastados. Ela recorda que em certo ano, uma turma conseguiu aprovar 18 alunos em vestibulares, inclusive da URCA, pública. O fato foi comemorado com bolo e salgadinhos, recorda emocionada a professora. (Informação verbal)¹⁸⁴.

Essa passagem também ficou registrada n'O Diagnóstico.

Figura 86: Jornal O Diagnóstico



Fonte: Acervo do autor

À medida em que os alunos frequentavam os encontros médicos e estudantis ganhavam experiência passando a se articular melhor com os profissionais, professores da casa e externos, patrocinadores e os demais membros do corpo estudantil caririense. Em pouco tempo já promoviam suas próprias jornadas científicas, como a do Trauma, ou a Jornada da Dor, realizadas preferencialmente no mês de outubro, o mês do médico. Geralmente, em respeito à garra e determinação dos estudantes, a maioria dos palestrantes não cobrava por seu trabalho, fazendo sobrar mais dinheiro das inscrições para a comissão de formatura (Informação verbal)¹⁸⁵.

Como destaque a III Jornada da Dor, que trouxe inclusive membros do Centro Multidisciplinar de Dor da UFC de Fortaleza. Seu programa diverso contemplava temas de forma transdisciplinar, atraindo não apenas estudantes e profissionais da área médica, mas

¹⁸⁴ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁸⁵ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

também da Odontologia, Fisioterapia, Psicologia, Enfermagem e Educação Física. Sua abertura, realizada no dia 28 de setembro de 2005, contou com autoridades da região, como prefeitos, vice-prefeitos e secretários de saúde, os quais juntos da audiência assistiram a uma apresentação do grupo de cultura dos penitentes, que versaram sobre sua história e no final impressionaram a todos demonstrando seu ritual de auto-flagelação.

Figura 87: Jornal O Diagnóstico



Fonte: Acervo do autor

Relata o ex-aluno que subgrupos foram se formando por maior afinidade, sobretudo nas festas e confraternizações e que as primeiras repúblicas foram sendo formadas. Com o tempo, houve maior e mais amigável aproximação com a FMJ, o curso privado, o que rendeu, além de festas mais incrementadas, como recorda entre risos o ex-aluno, mas também maior organização da política estudantil o que culminaria com a necessidade de estruturação mais rigorosa do Centro Acadêmico.

4.7.3 O Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais REUNI

As propostas políticas da Secretaria de Educação Superior - SESu vinham sendo repensadas e a partir de 2003 houve ampla reformulação de seus programas além de maior diálogo interministerial para lhes dar suporte. Dentre eles figurava o REUNI, que é uma das ações que integram o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), conforme decreto n. 6.096/2007 (BRASIL, 2007). O Programa propõe uma série de medidas para retomar o

crescimento do ensino superior público, criando condições para que as universidades federais promovam desde expansão física até avanços nos aspectos acadêmico e pedagógico da rede federal de educação superior. As ações do Programa objetivavam o aumento de vagas nos cursos de graduação, a ampliação da oferta de cursos noturnos, a promoção de inovações pedagógicas e o combate à evasão (BRASIL, 2007).

Este programa foi um fator diferencial tornando possível avançar a consolidação do curso de Medicina do Cariri e auxiliaria na criação de novos cursos federais na região. Desde então o curso médico do campus Barbalha experimentou ampliações em sua estrutura, e desempenhando seu papel transformador por meio de sua prestação de serviços nas áreas do ensino, pesquisa, extensão e no diálogo cultural com seu meio e com o mundo. A primeira coordenadora do curso, professora Gislene Farias de Oliveira recorda que, além das reformas estruturais realizadas no precário ambiente do início do curso, as verbas contemplavam a formação dos professores, permitindo que eles pudessem realizar treinamentos fora do Cariri.

A aplicação de recursos governamentais e de verbas oriundas do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) possibilitou, ao longo da década, não apenas que intervenções físicas fossem realizadas, mas que fosse erguida uma estrutura mais adequada ao ensino médico, tanto nas expansões de Sobral quanto em Barbalha. (FAMED, 2009)

4.7.4 Primeiras reformas e ampliações

Figura 88: Placa de uma das várias reformas do prédio da FAMED Barbalha



Fonte: Acervo da FAMED Barbalha.

Durante este período foram realizadas reformas e ampliações na estrutura física e na estrutura acadêmico-pedagógica do curso de Medicina de Barbalha. Em 2009 a faculdade já contaria com 2.500 m² de área construída em seus dois pisos, divididos em salas de aula, biblioteca, laboratórios e salas de atividades tutoriais. Ainda nesta época foram acrescidos o

Serviço de Verificação de Óbito (SVO), laboratório de informática e Biotério (onde são conservados animais vivos para estudos experimentais).

A estruturação do Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) traria já neste ano um grande benefício à saúde da região e lançaria as bases para mais avanços na área da patologia para a faculdade. Este serviço tem a função de investigação de mortes ocorridas por causas naturais, não violentas nem em via pública, ou em pessoas que não foram assistidas por médico. Sua implantação e funcionamento se dá por parceria entre a faculdade e Prefeitura Municipal de Barbalha e integra a rede de SVO's do Ministério da Saúde, sendo o primeiro serviço a do tipo no interior do país. Até o ano de 2009 o SVO já havia realizado 120 autópsias (FAMED, 2009). O analista técnico da SESA de Barbalha, Francisco Ricardo Araújo credita como fundamental a presença do curso médico a dar suporte a este equipamento, como revela em entrevista:

[...] com um grande ponto a ser observado, com a chegada da faculdade de medicina de Barbalha que trouxe um outro ponto importante que é relevante ser falado na área da vigilância e saúde foi o serviço de verificação de óbito que é o único serviço do interior do estado do Ceará voltado para essa questão da vigilância e saúde, então é importante frisar que já reunimos anteriormente as condições necessária para subsidiar essas ações de serviços de médio e alto complexidade. (CEARÁ, 2012)

Coordenador à época, o professor Claudio Gleidiston Lima da Silva, ressalta a relevância deste serviço: “A importância disso é que nós vamos poder contribuir nas estatísticas de morte do Ministério da Saúde, vamos saber do que o nosso povo está morrendo e, com isso, poder ter políticas públicas de prevenção” (FAMED, 2019).

Inaugurado em 2009, o Biotério conta com dois centros cirúrgicos experimentais, sala de administração, laboratório de Entomologia, destinado ao abrigo e pesquisas com insetos, além de ampla área para hospedagem dos animais (FAMED, 2009).

Em 18 de fevereiro de 2009, uma sexta-feira, foi inaugurada a Estação da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS compõe a rede de Bibliotecas e Unidades de Informação Cooperantes da Saúde (Rede BiblioSUS). Sua implantação foi fruto de cooperação entre o curso de Medicina, Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana da Saúde, realizada por meio do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. O então Reitor da UFC, o juazeirense Dr. Jesualdo Pereira Farias (período entre 2008 e 2015), presente ao ato inaugural, considerou “[...] mais um largo passo da universidade na direção da excelência” (UFC, 2019). O propósito deste convênio é facilitar o acesso de gestores, profissionais de saúde, alunos, pesquisadores e interessados a documentos técnico-científicos gerados por instituições acadêmicas e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A referida rede de bibliotecas integra

diversas bases de dados científicas como: [ColecionaSUS](#), [Comunicação Científica em Saúde](#), [LILACS](#), [revistas científicas](#), [MEDLINE](#) e os portais [SciELO ligados a livros](#), [periódicos](#), [SciELO - Brasil](#), [SciELO - Saúde Pública](#) e o [SciELO Livros - Fiocruz](#). Além do acesso à informação científica, por meio desta rede é possível ter acesso a todos os protocolos e diretrizes de saúde reconhecidas e chanceladas pelo Ministério da Saúde, entre outras fontes de informação fundamentais à prática e pesquisa nas diversas áreas da saúde (BRASIL, 2019). O Reitor Jesualdo Farias, ainda durante a inauguração, destacou que o primeiro passo para a instalação da biblioteca fora dado por uma pessoa não ligada à universidade. Relatou o reitor que o Sr. Jackson Nuvens de Alencar, pai do acadêmico de Medicina Emanuel Tavares Leite de Alencar, conheceu uma estação BVS quando ainda estava em tratamento no Instituto do Câncer em Fortaleza. Regressando ao Crato, cidade de origem, comunicou-se ele próprio com o Ministério da Saúde, expondo a potencialidade do Cariri e a importância do seu curso de Medicina contar com uma estação semelhante. Nesta ocasião o Prof. Jesualdo estendeu sua louvação aos alunos pioneiros do vestibular 2000.2 que inauguraram, em Barbalha o ensino médico: “[...] eles desbravaram caminho para uma série de empreendimentos acadêmicos de notável importância para o Cariri [...]” (UFC, 2019). Diante de largo público acadêmico e da sociedade em geral no ato de instalação da Estação da BVS, compuseram a mesa de honra além do Reitor Jesualdo Farias, a Sra. Shirley Rodrigues, representando o Ministério da Saúde, o Prof. Luciano Moreira, Diretor da Faculdade de Medicina em Fortaleza, o Professor Ricardo Ness, Diretor do campus avançado da UFC no Cariri, o Prof. Cláudio Gleidiston Lima da Silva, Diretor do curso de Medicina de Barbalha, Francisco Jonatan Soares, Diretor do Sistema de Bibliotecas da UFC e as autoridades civis A prof^a. Sra. Maria Betilde Sampaio Correia, Vice-Prefeita de Barbalha e o Dr. Roberto Celestino, Vice-Prefeito de Juazeiro do Norte. Na mesma tarde a Sra. Elizabeth Biruel, do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, fez uma explanação geral sobre o funcionamento da Estação BVS, destacando seu acesso livre e gratuito a “mais de 19 milhões de registros bibliográficos” (UFC, 2019), ministrando logo em seguida curso de capacitação para servidores da UFC que seriam os orientadores dos usuários da Estação. Em 2013 este convênio seria renovado por conta da mudança de nomenclatura do curso.

Referente ao corpo docente, houve um incremento também considerável. Dos oito docentes iniciais ampliou-se para sessenta professores em 2009. Era também uma meta do REUNI ampliar o acesso dos ingressantes, a partir dos quarenta iniciais até oitenta em 2012. Contudo, essa ousada meta de duplicar o acesso aos alunos ainda não pode ser atingida. Um

dos grandes gargalos, além do espaço físico e campos de estágio residem na estruturação docente. Em 2009, o reitor da UFC, o juazeirense Dr. Jesualdo Pereira Farias (período entre 2008 e 2015), reconhecia o grande desafio que residia na qualificação do corpo docente e identificava diferenças marcantes entre os cursos de Sobral e Barbalha, este mais distante da capital.

De acordo com o reitor Jesualdo Farias, o grande desafio para o futuro, com relação ao corpo docente, é reforçar o número de professores, em Barbalha, com regime de 40 horas semanais. “No Cariri, não temos uma quantidade necessária de professores com dedicação exclusiva e professores com doutorado. Em Sobral, apesar de menos professores, temos uma configuração acadêmica em um patamar mais favorável à pesquisa e pós-graduação do que no Cariri. Então, temos que procurar alcançar essa maturidade acadêmica, no curso de Barbalha. E quando digo maturidade acadêmica é ensino, pesquisa e extensão; hoje, a pesquisa lá é incipiente, a comunidade precisa se organizar para atrair professores-doutores com tempo integral”. (FAMED, 2009)

4.7.5 Expansão dos serviços

Além das reformas e ampliações na estrutura física da faculdade, durante este período a estrutura acadêmico-pedagógica do curso de Medicina de Barbalha foi também melhorada. O curso médico de Barbalha já fora implantado sob proposta curricular moderna, atenta às principais demandas da sociedade local, representativa do interior nordestino. Suas diretrizes preconizam maior inserção do médico na comunidade, com o intuito maior da formação de médicos de família.

Em sua primeira década o curso já havia inserido fortemente seus 40 alunos em campo de estágio na atenção básica e preenchendo sobretudo uma lacuna da antiga formação médica que não privilegiava a atenção primária. Ainda assim, foi estruturado ambulatório de especialidades próprio, dentro de suas dependências, para complementar a oferta ambulatorial dos hospitais conveniados.

4.7.5.1 Ambulatórios

O ambulatório da FAMED oferece as especialidades de Neurologia, endocrinologia, Cardiologia, Dermatologia, Reumatologia, Pneumologia, Gastroenterologia, Otorrinolaringologia, além da realização de biópsias e pesquisa de Leishmaniose, doença endêmica na região. Em cada ambulatório são consultados de oito a dez clientes diariamente,

em função do ritmo *acadêmico* de atendimento onde o docente conduz a consulta sob os preceitos do ensino médico junto ao aluno, o que destoa da maioria dos serviços públicos não acadêmicos. O site da FAMED destaca a fala da secretária atendente do ambulatório: “Uma das grandes vantagens para o paciente é que ele já sai daqui com seu retorno agendado” (Rejane Félix, FAMED, 2009). De fato, cada paciente é atendido por docente da instituição e ainda acompanhado pelo estudante de graduação ou da pós-graduação que desvelam cuidados à clientela além do simples atendimento e tornam este contato muito mais humano com vantagens mútuas ao serviço e aprendizado. Segundo o então coordenador do curso de Medicina, o professor Cláudio Gleidiston Lima da Silva, a ideia de implementar o ambulatório surgiu com a intenção de “quebrar barreiras entre academia e comunidade”, explica.

Íamos aos postos de saúde e víamos a dificuldade do nosso aluno e do nosso professor de interagir com os pacientes que necessitavam de nossa ajuda. Então, trouxemos a comunidade para dentro do curso. O que a gente quer é que esse ambulatório faça parte da vida das pessoas daqui. Na verdade, grande parte da nossa população sofre de doenças sociais como a fome, o desemprego, a desnutrição. E quando você fala em desnutrição parece que não é Medicina; Medicina é cortar, ver uma vesícula, um tumor na cabeça, a fome parece que não faz parte do nosso contexto, mas é a nossa realidade. Então, quando o paciente chega aqui, passa por uma triagem e o nosso médico residente diz para onde é que ele deve ir. Ele precisa ter o conhecimento necessário para saber o que o paciente tem e se precisar de algo mais especializado, saber encaminhar. (FAMED, 2019)

Ao longo do tempo o vetusto prédio do Colégio Santo Antônio, que já havia abrigado mestres e alunos dos ensinamentos fundamental e médio, e agora do ensino superior, passa a ser frequentado também por muitos populares que até há pouco tempo ao passar apenas de fora o admiravam. De fato, aos poucos essa antiga “caixa preta” encravada no centro da cidade passa a ser desvelada por muitos cidadãos em busca de cuidados de saúde e que aos poucos foram desfazendo a ideia de sisudez tanto do prédio como do curso de Medicina e do atendimento prestado. A história da FAMED (2009) registra cenas desses encontros. Numa delas a Sra. Nair caminha pelos corredores da faculdade, atravessa o riso buliçoso dos alunos ao pé da escadaria central descontraídos no intervalo das aulas. Nesta ocasião não iria ao ambulatório. Sentada em uma cadeira acolchoada e com expressão plácida desta vez comenta sua experiência como cliente atendida no ambulatório de especialidades da faculdade da qual é usuária:

Os médicos atendem os pacientes com carinho. Às vezes, a pessoa vem doente, sofrida e quando chega aqui é bem atendida, diferente do posto de saúde, que você chega, vai enfrentar uma fila enorme e o atendente, ainda por cima, te trata mal. Então, com o carinho que eles dão aqui, você vai até melhorando a sua autoestima, você se sente muito bem (FAMED, 2019)

Professora aposentada de inglês do Instituto Municipal de Pesquisas, Administração e Recursos Humanos (IMPARH) de Fortaleza e atualmente residindo em Barbalha, a Sra. Nair

Rocha relata já ter se servido de várias especialidades no ambulatório ao longo de um ano e meio de consultas frequentes. Sua impressão é das melhores:

Parabenizo a UFC por esse curso aqui em Barbalha e que atende a toda essa região do Cariri. Vem gente até de Pernambuco se consultar aqui, então quer dizer que a coisa é boa. De gratidão, vou dar um curso gratuito de Inglês aos residentes. O que posso dizer é que o atendimento aqui é excelente, é *number one* (número 1). (Nair Rocha, FAMED, 2009)

O relato da cliente deixa transparecer, para além de um clima amigável, um sentido de diálogo e troca entre médico e paciente. O foco na pessoa com a doença e não na doença é um dos principais preceitos curriculares. A formação médica aqui idealizada valoriza o contato humano, ouvir o cliente e entender seu contexto. O coordenador do curso de Medicina da FAMED, Cláudio Gleidiston Lima da Silva, considera este um grande diferencial deste curso desde seu início:

O nosso modelo pedagógico segue as diretrizes curriculares fazendo com que o médico deixe de ter essa visão individualizada e veja um doente, e não um fígado. Como é que você vai entender o seu paciente se você não sabe a linguagem dele? E, realmente, na Faculdade, a gente não estava aprendendo a falar com os pacientes. Deixamos de tocar nas pessoas, de ouvi-las, de olhá-las. Porém, essa nova metodologia que adotamos está tentando tornar o médico não somente mais próximo do paciente, como mais ético e mais humano. (FAMED, 2019)

Figura 89: Atendimento ambulatorial com o Prof. Marcos Cunha (neurologista)



Fonte: Acervo FAMED

4.7.5.2 Programa de Residência Médica

De fato, a adesão ao REUNI viabilizou a reforma e ampliação de equipamentos, contratação de pessoal, fortalecer parcerias com os campos de estágio e ampliar seus serviços, agora com pós-graduação. Como anteriormente dito não só estrutura física, mas principalmente os recursos humanos foram redimensionados para a ampliação dos serviços da instituição.

O novo planejamento da SESu iniciado em 2003 propunha justamente programas para a expansão do ensino médico, a exemplo do já citado REUNI a partir de 2007 com avanços substanciais em sua atuação (BRASIL, 2019). Outras iniciativas potencializando maiores investimentos para criação de novas vagas, incentivo à realização de programas de residência médica ainda seriam implementadas, a exemplo do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) (BRASIL, 2019).

Mas o passo mais ousado foi a implementação da primeira pós-graduação em lato sensu, o programa de Residência Médica (RM) em convênio com hospitais e campos de estágio da região. Inicialmente os programas de residência médica foram estruturados em torno das quatro áreas básicas da Medicina, Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Pediatria e Gineco-Obstetrícia (tocoginecologia), os quais posteriormente seriam ampliados (FAMED, 2009). Foram as primeiras pós-graduações médicas lato sensu da região havendo sido implementadas em 2011 permitindo não apenas formar-se em Medicina, mas tornar-se um especialista sem sair do Cariri (FAMED, 2016).

O programa de residência médica é caracterizado pelo treinamento em serviço, realizado sob responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não. Trata-se de um curso com alto grau de exigência teórico-prática e dedicação.

A residência nos primórdios levou esse nome, pois o estudante terminava o sexto ano e iria imediatamente morar no hospital, ou seja, residir de fato, pois a qualquer momento poderia acontecer uma urgência e o aluno estava lá para fazer o atendimento. (JORNAL DO MÉDICO, 2016. p. 10)

Os primeiros programas de residência médica do Cariri se iniciaram em 2011 sob a coordenação geral do cirurgião geral e vascular Dr. Francisco Henrique Peixoto, professor do curso. A seleção dos médicos residentes se dá desde seu início por meio de edital unificado do Governo do Estado. Os candidatos são submetidos a provas teórica, prática e a análise curricular. A faculdade de Medicina oferece cursos de residência nas áreas básicas de clínica médica, sob coordenação da professora Viviane Chaves, clínica cirúrgica, coordenado pelo

professor Francisco Henrique Peixoto, Medicina geral e saúde de família e comunidade, com a professora Sandra Barreto, ginecologia e obstetrícia, com a professora Patricia Brayner e pediatria, sob coordenação do professor Cícero Cruz. Além dos cursos em área básica a faculdade oferece também um curso de residência médica em patologia, sob responsabilidade do professor Sávio Samuel. O curso de patologia é uma área específica, onde o aluno aperfeiçoará exames laboratoriais, biópsias e autópsias, este último um dos principais exames para detectar a *causa mortis*.

Segundo o professor Francisco Henrique Peixoto, a grade curricular do curso segue o padrão comum a todas as unidades federativas, garantindo uma formação equiparada em nível nacional, como afirma o Dr. Henrique Peixoto: “Esse currículo unificado dá uma formação ao residente muito parecida. Então a formação do nosso residente aqui não é diferente de Fortaleza ou São Paulo” (JORNAL DO MÉDICO, 2016. Dr. Francisco Henrique Peixoto. p. 10).

Figura 90: F. Henrique Peixoto, Coordenador do Programa de Residência Médica



Fonte: Jornal do Médico, 2016

Pelo fato de não contar com hospital universitário, a faculdade de Medicina de Barbalha teve que estabelecer sólidos convênios com a rede especializada da região. Tanto em serviço público, nas UBS's e ambulatórios especializados em nível municipal e estadual, como com a rede privada, nos hospitais filantrópicos e mais recentemente o Hospital Regional do Cariri, público. Este último um equipamento dimensionado para fornecer atendimento em alta complexidade à população num raio de 44 municípios complementando a assistência especializada dos hospitais já em funcionamento (CEARÁ, 2011). A rede de hospitais filantrópicos no Cariri, como anteriormente dito já polarizava uma larga população interiorana

e até interestadual. Em Barbalha o Hospital São Vicente de Paulo recebe então os cursos de ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia, patologia e saúde comunitária; já o Complexo Hospitalar Hospital Santo Antônio e Hospital do Coração, também em Barbalha recebe residentes de clínica médica e cirúrgica; Em Juazeiro do Norte, o Hospital Regional do Cariri alberga o treinamento em clínica médica e cirurgia geral e o Hospital Maternidade São Francisco de Assis, em Crato, no momento, fornece treinamento em cirurgia geral apenas (JORNAL DO MÉDICO, 2016).

Figura 91: Hospital São Francisco de Assis em Crato



Fonte: Acervo do autor

Fundado em 1936 pela Diocese e comunidade de Crato, foi o primeiro hospital da Região. O hospital conta com serviços de urgência e emergência, ambulatórios de especialidades, maternidade, centro cirúrgico geral e obstétrico, Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal e enfermarias de clínica, cirurgia, obstetrícia e pediatria, com total de 148 leitos (SÃO CAMILO, 2020).

O Hospital Regional do Cariri (HRC), inaugurado em 2012, foi o primeiro de uma série de hospitais da rede estadual construídos com a proposta de atender a alta complexidade. Com 27.126,47 metros quadrados de área construída distribuídos em seis pavimentos, sendo o maior equipamento neste quesito na região do Cariri. O HRC dispõe de 294 leitos, distribuídos em 174 de enfermaria, 49 leitos na urgência/emergência, 28 leitos no hospital-dia, 20 leitos na unidade de terapia intensiva adulto, 15 leitos na unidade de cuidados semi-intensivos. A FAMED Barbalha é conveniada com a instituição, onde seus alunos podem ter acesso aos serviços de ambulatórios e enfermarias nas diversas especialidades clínicas e cirúrgicas, ao centro cirúrgico, emergência, traumatologia-ortopedia, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidados Especiais (UCE) e na Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC),

maior referência da região. O equipamento assiste a uma população de 1,5 milhão de habitantes da macrorregião de saúde do Cariri (G1, 2019; ISGH, 2020).

Figura 92: Hospital Regional do Cariri / Docente da FAMED Barbalha em tutoria aos alunos fala à TV sobre humanização na UTI



Fonte: Ceará agora (blog) / G1 (TV Verdes Mares)

O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, sob a direção atual da Irmã Rosamaria de Lira, OSB, é referência em mais de 50 especialidades médicas. Sua área de abrangência ultrapassa as fronteiras do Cariri, atendendo pacientes de Pernambuco, Paraíba, Piauí e até da Bahia. Com 12.000m² de área construída, o hospital conta com 32 consultórios divididos em ambulatorios nas áreas básicas e especialidades. Além dos atendimentos de urgência e emergência 24 horas o hospital é referência em cirurgia vascular de alta complexidade e oncologia clínica e cirúrgica. No tratamento oncológico existem 26 centros de tratamento pelo SUS em cidades do interior do Nordeste, 10 deles apenas na Bahia. No interior do Ceará apenas Sobral e Barbalha oferecem tratamento de câncer gratuito à população. O serviço de Barbalha, no entanto, é o único num raio de mais de 200 Km. O Hospital São Vicente oferece, além dos tratamentos clínico e cirúrgico, quimio e radioterapia, por meio de moderno acelerador de partículas. O hospital conta atualmente com 886 funcionários e cerca de 200 médicos à serviço de um centro materno infantil, centro cirúrgico, centro de imagem, laboratório e conta com 284 leitos, entre internações, terapia intensiva adulta e infantil (16 leitos) e observação clínica. O atendimento do Hospital São Vicente é 70% dedicado ao SUS, sendo um dos principais campos de estágio da faculdade (HOSPITAL SÃO VICENTE. 2020; INCA, 2020).

Figura 93: à esquerda a Ir. Rosamaria de Lira com a Ir. Edeltraut Lerch, respectivamente atual diretora e ex-diretora do HMSVP (a primeira diretora)



Fonte: Hosp. São Vicente (saovicente.org)

O Complexo de Saúde da Fundação Otília Correia Saraiva, tem como carros chefes o Hospital Santo Antônio e o Hospital do Coração do Cariri e foi fundado em 27 de dezembro de 1981 pelos irmãos Antônio, José e João Correia Saraiva, em parceria com o empreendedor Ten. Coelho. O hospital é pioneiro no tratamento cardiológico de alta complexidade e na implantação do serviço de neurocirurgia, hoje composto por 7 neurocirurgiões, um deles, o Dr. José Correia Saraiva Júnior é o atual diretor. Dispõe de 8 salas cirurgias, 156 leitos (particulares, convênios e SUS); serviço de imagem com ressonância e raio-x; e um corpo de funcionários de com mais de 300 profissionais entre médicos, enfermeiros, técnicos e outros. O Hospital do Coração conta com mais 70 leitos clínicos. A terapia intensiva é um destaque no hospital. Entre Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Unidade Coronariana são 30 leitos. O complexo hospitalar também conta com clínica de hemodiálise e um avançado centro de imagem. Assim como o hospital São Vicente, o complexo hospitalar da Fundação Otília Correia Saraiva presta atendimento prioritário ao SUS, tendo sido um dos hospitais selecionados no projeto “Melhoria do Sistema de Gestão dos Hospitais SUS” em 2018 (BRASIL, 2018, DIÁRIO DO CARIRI, 2018).

Figura 94: Hospital Santo Antônio de Barbalha



Fonte: acervo do autor

O coordenador geral, Dr. Francisco Henrique Peixoto acredita que com todo esse aparato e excelência no ensino são formados ótimos profissionais. Contudo, após já haver acompanhado seis turmas até 2016 pontua: “a melhor forma de treinar o médico é a dedicação exclusiva” (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p. 10).

4.7.6 Parcerias

Uma das instituições que mais apoiaram a instalação e funcionamento do curso de Medicina de Barbalha foi a Fundação Otília Correia Saraiva dirigida e fundada pelos irmãos José e João Correia Saraiva. A fundação que leva o nome da mãe de seus diretores comporta os hospitais Santo Antônio e do Coração, equipamentos fundamentais ao suporte da faculdade como campos de estágio em diversas áreas da Medicina. Segundo o administrador do complexo hospitalar Egberto Santos, em entrevista ao Jornal do Médico em 2016, “o Hospital do Coração juntamente com o Hospital Santo Antônio foram os que deram a estrutura necessária para garantir a vinda da faculdade de Medicina de Barbalha” (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p. 21). Segundo o administrador a fundação tem forte ligação com a instalação do curso e se deu por meio de convênio e de sociedade mútua, sem financiamentos, onde ambas se beneficiam e ainda mais a sociedade que recebe os serviços prestados. Segundo Egberto Santos “você tem a

possibilidade de formar mais profissionais e esses profissionais podem focar em Barbalha. Hoje existem profissionais que foram estudantes da FAMED e que atuam nos hospitais”, afirma (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p 21). O convênio garantindo o estágio supervisionado tem sido sempre renovado entre as partes. O mais recente firmado por ambas as partes foi firmado em abril de 2016 pelo então vice-reitor da UFCA, professor Ricardo Ness, o diretor do Hospital do Coração, Dr. João Correia Saraiva, sendo testemunhas o coordenador do curso, professor João Ananias Machado Filho e o presidente da fundação, Dr. José Correia Saraiva, tendo vigência até 2020. Segundo o diretor da faculdade, Professor Cláudio Gleidiston Lima da Silva, a parceria atende em média dez estudantes entre graduação, internato e pós-graduação a cada mês para estágios de clínica médica e cirúrgica, sempre priorizando uma formação profissional, humanizada e de excelência no atendimento (Jornal do Médico, 2016).

Figura 95: Prof. João Ananias Machado Filho, Coordenador da FAMED, 2017



Fonte: Jornal do Médico, 2016

Uma máquina de transformações

O médico, ex-deputado e ex-prefeito Rommel Feijó em entrevista relacionava a influência do ensino superior, a atração de alunos para o Recife com o desenvolvimento imobiliário da capital e traça comparações com o momento caririense, em especial de Barbalha, após a chegada do curso de Medicina.

[...] construções e mais construções de edifícios e os estudantes indo para o Recife. Quando vieram essas faculdades aqui pro Cariri a conversa não foi diferente. Você viu o *bolo* que tem de prédios aqui em torno dessa faculdade de Medicina particular? (referindo-se a Juazeiro do Norte). [...] os pais desses alunos começaram a comprar apartamento, fazer investimento. Investimento que [...] nunca ia fazer no Juazeiro, que ele não é daqui. [...] Hoje você anda aqui pelo Cariri e não conhece as pessoas direito. A cada dez pessoas você conhece três, os outros sete você não conhece. É tudo gente de fora, rodando em torno de onde está o comprador, o poder de compra. [...] no momento em que você encheu aqui o Cariri de estudante. Começou com a URCA, depois essa faculdade de Medicina (refere-se à FMJ), chega a de Barbalha, depois

vem uma universidade e aparecem todos os cursos [...] aí a estudiantada vem de todo canto pra aprender, igual ia para Rio e São Paulo. (Informação verbal)¹⁸⁶

Mas adianta o pré-requisito:

[...] tem ensino superior de qualidade aqui, aí o investimento vem. Aí vem a sorveteria, aí vem a camisaria, aí vem o shopping, aí vem o aluguel de carro, aí vem todos os serviços que tem na capital. Vem pra cá o investidor. Sai de onde ele está e vem comprar os terrenos aqui. (Informação verbal)¹⁸⁷

Já o Sr. Antônio Ernani de Freitas, secretário-executivo do Hospital São Vicente de Paulo, um dos principais campos de estágio para a faculdade viu florescer uma ideia que, em suas palavras, antes parecia distante. Antônio Ernani, há 30 anos membro da administração do hospital, acompanhou desde o início a implantação do curso e viu iniciarem-se as atividades de internato e residência médica em seu hospital. “[...] Foi como ligar uma máquina de transformações em Barbalha” recorda com entusiasmo o secretário Ernani sobre a implantação da faculdade. Segundo ele “a faculdade de Medicina trouxe grandes mudanças para nossa cidade, estimulando-a a se adaptar às necessidades dos universitários” afirmou em entrevista concedida ao Jornal do Médico em 2016. O secretário-executivo enumera os impactos causados pela chegada de inúmeros estudantes chegando na região em várias áreas. Segundo ele, Barbalha, uma cidade pequena e tradicional, conhecida por seu centro histórico como celebrado nos festejos tradicionais, cedeu lugar à construção de novas casas e apartamentos. Também os estabelecimentos comerciais, de clientela conhecida e tradicional teve que se repaginar e assistir a chegada de novos mercadinhos, restaurantes, farmácias e outros tipos de comércio, trazendo mais renda para o município (Jornal do Médico, 2016). No cenário da educação foi possível também perceber mudanças nos níveis fundamental e médio, pois, segundo Antônio Ernani “[...] os alunos vendo de perto a possibilidade de ingressar na área médica sentem-se mais estimulados a estudar” (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p 20). Mas o secretário do hospital São Vicente de Paulo reconhece que o maior benefício é o diferencial que os novos médicos conferem à população.

Profissionais capacitados para atender as mais diversas localidades do país, em áreas importantes. Do Cariri para o mundo, os egressos partem para outros horizontes, melhorando a assistência e qualidade de vida de diferentes realidades. Essa é a maior e mais significativa mudança. (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p. 20)

¹⁸⁶ Entrevista concedida por Dr. Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁸⁷ Idem.

O professor da faculdade Hidemburgo Gonçalves Rocha atesta o que diz Antônio Ernani lembrando os primeiros anos:

Era uma novidade entrando para melhorar Barbalha. Eles gostavam quando a gente chegava assim: “eu sou da faculdade de Medicina. Rapaz, o povo tratava a gente bem. Eles ajudavam nas festas, abriam os clubes, cediam coisas. O deputado vinha muito, Dr. Rommel. O prefeito ajudava, a comunidade [...] porque se eles não tivessem ajudado (meneia a cabeça) ... *vixe* rapaz... Agora esqueceram né? Depois que já passou um pouco a novidade, [...] já se consolidou né? (Informação verbal)¹⁸⁸

Antônio Ernani ainda destaca maior evolução trazida pelos programas de residência médica:

A residência médica presta um importante serviço para a comunidade, tanto pelos próprios residentes como por seus preceptores, consultando gratuitamente nossa população através de médicos especialistas, como também atendendo aos Programas de Saúde da Família, nas ações preventivas e curativas. Esse é um benefício em que toda a população usufrui, sendo de uma importância considerável. (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p. 20)

Na opinião do Dr. Rommel Feijó o crescimento e desenvolvimento da região atinge as três cidades do triângulo CRAJUBAR, guardadas suas proporções e de forma harmônica.

[...] ficou muita gente investindo aqui. Se você olhar aqui você vê construção de prédio [...] mais aqui no Juazeiro, que é onde corre mais dinheiro hoje. Crato já tem investidor lá fazendo uns prédios, na Barbalha não tem muito prédio ainda [...] essas cidades estão juntas e vão crescer juntas porque uma puxa a outra [...] hoje o Crato já se acostumou com Juazeiro já se acostumou com o Crato e a Barbalha sabe o tamanho dela. Não quer ser nunca o Juazeiro [...] a beleza dela, o charme dela, é ser pequena, se andar a pé. Crato tem aquelas fontes, [...] tem aquela cultura toda, a Universidade Regional (URCA), as suas tradições, é avó de todas as cidades aqui da região do Cariri, tudo vem dela [...] Juazeiro é uma cidade afoita, grande, que nasceu de um interregno, jovem. E todo jovem é ousado. E teve um fenômeno chamado Padre Cícero. [...] O povo vindo, vem o consumo [...] você tem que ter gente para matar a fome desse ovo, pra vestir esse povo, pra botar esse povo pra trabalhar, pra educar esse povo. [...] Aí o dinheiro gira, aí cresce. Vem os empresários que fazem seus investimentos. Quando o Juazeiro cresce, o Crato cresce, a Barbalha cresce. (Informação verbal)¹⁸⁹

A ex-aluna e atual professora Thaís Sampaio, crê que a vinda da faculdade de Medicina para Barbalha foi fator decisivo no seu desenvolvimento e da região.

Os benefícios que a própria faculdade trouxe para a região... A região é outra depois das faculdades. Quem viveu num Cariri antes das faculdades de Medicina sabe a mudança que essas faculdades trouxeram pra região em termos de desenvolvimento.

¹⁸⁸ Entrevista concedida por Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha. Entrevista IV. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁸⁹ Entrevista concedida por Dr. Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Barbalha é outra, Minha Nossa Senhora! (exclama). Barbalha cresceu! (Informação verbal)¹⁹⁰

Esta convivência foi e tem sido fundamental para o desenvolvimento da identidade do curso de Medicina de Barbalha. Ainda em sua primeira década, aquele curso de graduação de futuro ainda duvidoso mesmo sem hospital universitário consolidaria sua relação com seus campos de estágio (UBS's, ambulatórios de especialidades e hospitais) permitindo inclusive a criação de cursos de pós-graduação.

A formatura da primeira turma de Medicina da Faculdade de Medicina do Cariri – Barbalha, ainda expansão do curso da UFC foi um marco inesquecível, o qual descreveremos mais vivamente mais adiante no texto, refletindo o significado da conquista. De fato, o acontecimento traria força e confiança para o posterior processo de consolidação não só do curso médico, mas para a atração de outros cursos federais para a região e instalação de um campus avançado da UFC no Cariri. Estes fatos detalharemos mais adiante no texto.

Adiantando para 2011, ao completar 10 anos de funcionamento, o curso médico barbalhense já havia formado 186 médicos e tinha mais outros 300 matriculados em formação. Em entrevista à UFC TV (2011), o coordenador do curso, o professor Cláudio Gleidiston Lima da Silva destacava o alcance o qual o curso já havia exercia:

O curso de Medicina não funciona só em Barbalha. Ele é como um polvo, tem tentáculos que alcançam as fronteiras com o Piauí, Pernambuco e a Paraíba. Dos 28 municípios locais, temos convênio com quase 20. O alcance direto e indireto do curso de Medicina vai além das nossas fronteiras (UFC TV, 2009)

Os alunos de Medicina já contavam então com uma estrutura física e docente mais confortável que antes, podendo impulsionar ainda mais a qualidade do ensino, pesquisa e extensão voltadas para a realidade local. Um exemplo se dava no laboratório de patologia experimental, um dos oito laboratórios já em funcionamento na faculdade. Lá os alunos e professores já desenvolviam estudos sobre a leishmaniose, doença endêmica na região do Cariri que era uma das mais afetadas do estado. A faculdade também, já ampliando sua estrutura ambulatorial e convênios com hospitais, aumentaria seu alcance e poder de diagnóstico. Entrevistada para a reportagem da UFC TV (2011) a aluna Renata Bacurau descrevia sua rotina entre ambulatórios e laboratórios, destacando a importância da faculdade no conhecimento das doenças infecciosas:

¹⁹⁰ Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

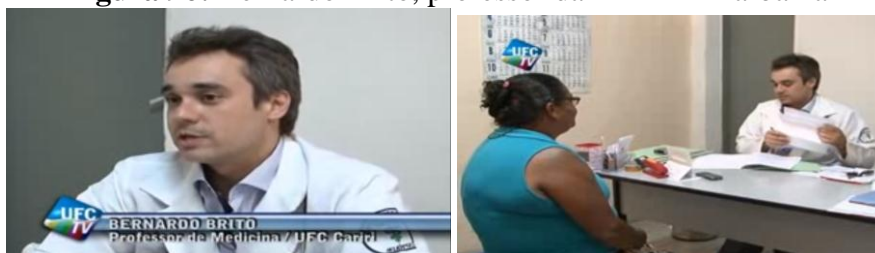
Não existe um hospital especializado em doenças infecciosas. Então com a instituição do laboratório foi realmente muito, muito bom, pois toda a população é drenada pra cá e a gente vai fazer uma investigação com exame físico, anamnese, teste de Montenegro e biópsia. (Renata Bacurau, aluna. Entrevista – UFC TV, 2011, 6'05”)

À época o Secretário de Saúde do Estado do Ceará, Arruda Bastos, à época já prometia um importante reforço para a assistência à saúde em alta complexidade para a região. Seu planejamento compreendia a implantação de dois hospitais regionais já para o ano seguinte como uma iniciativa integrada às instituições de ensino. A vinda de um equipamento público deste porte equivaleria a uma promessa de ampliação de campos de estágio.

Os dois hospitais, eles vão melhorar muito a atenção de alta complexidade que hoje não existe no Sistema Único de Saúde (SUS) no interior, hospital próprio do estado. E esse do Cariri, é o primeiro, o segundo vai ser exatamente o de Sobral. (UFC TV, 2011.)

Infraestrutura de saúde da região, ampliação dos serviços e a possibilidade de carreira acadêmica com a ampliação de vagas para docente por meio de concurso na instituição federal permitiram a volta de alguns médicos caririenses que atuavam fora da região. Antes residindo em Recife, o médico cratense Bernardo Brito faz parte do corpo docente desde 2005 como professor substituto e desde 2009 é efetivo da FAMED Barbalha. Ele considera positiva possibilidade de cursar Medicina em sua própria região: “Foi uma experiência boa ter vivido em outras regiões, mas eu preferiria ter estudado sempre aqui, ter feito o curso aqui” (UFC TV, 2011).

Figura 96: Bernardo Brito, professor da FAMED Barbalha



Fonte: UFC TV, 2011

Outra professora da FAMED Barbalha que demonstra sua satisfação em voltar para a região de origem de seus pais é a Dra. Thaís Sampaio. Filha do vice-diretor da faculdade, Dr. Marciano Sampaio, Thaís é concludente da primeira turma e retornou para a região após especializar-se em psiquiatria. Ela fala da escolha pela carreira docente: “Sempre gostei da questão acadêmica. Meus pais são professores, então sempre tive essa vontade de lecionar. É muito satisfatório a questão de a gente estar ensinando, ajudando outras pessoas... É uma atividade muito prazerosa” (UFC TV, 2011).

À época a faculdade ainda era um curso de expansão da UFC, situada em fortaleza, mas já imprimia um caráter mais local à sua atuação. Sobretudo após a implantação do campus avançado UFC Cariri. Seu então diretor, Dr. Ricardo Ness, ressalta a ação da instituição integrada à região: “[...] a nossa conversa com a comunidade, através dos projetos que a gente tem, não só oferecendo um ensino de qualidade, mas oferecendo projetos de extensão e temos muitos projetos de pesquisa que vêm responder anseios e expectativas da comunidade” (UFC TV, 2011).

Essa transformação trazida pela FAMED Barbalha não se restringia ao caráter médico-acadêmico, segundo o então prefeito de Barbalha José Leite: “A vinda de alunos, servidores e professores, isso muda não só a cultura do município de Barbalha, mas também nossa economia, com as pessoas que vem se instalar, vem morar, vem consumir, vem em busca de serviço e a própria economia tem que produzir pra atender a esta nova demanda” (UFC TV, 2011).

Também no ensino médio se percebe transformações culturais dos alunos. A professora da rede estadual de ensino Astânia Oliveira observava: “Essa coisa de estar interessado na prova do ENEM, pra ver seu desempenho... Eles demonstram um certo interesse, a fim de alcançar uma vaga no curso da UFC” (UFC TV, 2011).

Este período marcado pela expansão do ensino superior no interior do estado se traria desenvolvimento para vários setores econômicos da sociedade. A reportagem destacava a vinda de mais cinco cursos superiores para o campus, a somar-se com o de Medicina desde 2006, conforme aprovação do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão. Segundo a reportagem o REUNI, programa de reestruturação das universidades públicas federais, seria o fiador do desenvolvimento e ampliação dos campi, com a construção de novos prédios em outras cidades, como o Crato, que receberia breve seu curso de Agronomia (UFC TV, 2011).

4.8 A FAMED AVANÇA

A FAMED Cariri colecionava avanços nos anos finais da década de 2000 e iniciais de 2010. Mas nem todas as benesses e implementações vinham automaticamente. A conscientização e participação política dos alunos consistiu em força motora destes avanços.

Suas mobilizações neste campo criavam a cada manifestação um ambiente de discussão, atraindo a atenção para o processo de desenvolvimento do curso.

Este período foi pontuado por movimentos paredistas estudantis, que somados às greves sindicais de professores e servidores atrasavam o calendário letivo (FAMED, 2009). Os estudantes reivindicavam melhorias tanto na estrutura física como a contratação de mais professores efetivos. A tensão residia justamente no fato de todas as ações do curso de Medicina de Barbalha dependiam de decisões do governo central e ainda passavam pelo crivo da UFC em Fortaleza, a cuja diretoria dos cursos cabia a execução do orçamento.

4.8 1 Lutas e avanços. As demandas estudantis em perspectiva

À medida em que se acumulavam frustrações pelas demandas reprimidas e acumuladas em meio à lentidão da burocracia acadêmica, os alunos, agora azeitados em sua representação acadêmica passaram a exigir mais incisivamente. As deficiências, na visão deles, eram muitas e graves e o descompasso entre o tempo dos jovens e o tempo dos burocratas findou por desencadear a primeira greve estudantil da instituição ainda em 2001 (Informação verbal)¹⁹¹.

As demandas principais diziam respeito à estrutura da escola médica. Equipamentos para as salas de aula, laboratório, salas de estudo, melhorias na biblioteca, etc. Contudo, à medida em que se reuniam, iam aparecendo novas pautas relacionadas à campos de estágio, valorização docente, entre outras. Fazendo parte da representação estudantil, Eliézer Feitosa recorda de que eram muitas deficiências, mas as responsabilidades muito difusas:

[...] gente precisava de respostas da UFC e não tava tendo. Da parceria com a prefeitura, não tinha muita clareza em relação a isso. Quem era responsável por o que. Até que nível, até que grau de responsabilidade. A quem cobrar, que grau de influência, de importância. As responsabilizações estavam divididas, como estavam divididos os compromissos e aí um jogava pro outro [...] A disputa era entre os grandes e a gente embaixo recebendo a desinformação. (Informação verbal)¹⁹².

A greve da informação

Após consultarem os aspectos jurídicos a serem levados em conta, os alunos por fim decidiram paralisar as atividades. Sentindo-se desprestigiados por estarem à margem não só das decisões, mas também das notícias deram o nome do movimento de “greve da informação”.

¹⁹¹ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁹² Idem.

Segundo Eliézer Feitosa, a luta dos estudantes logrou atrair a atenção do Conselho Regional de Medicina do Ceará (CREMEC), em cuja comitiva esteve presente o Dr. João Moreira (já citado) e também da Associação Médica Cearense, na pessoa do Dr. Florentino Cardoso, seu presidente, o qual convidou dois representantes, o próprio Eliézer Feitosa mais o Hedilberto Macedo para participar de reunião na associação (Informação verbal)¹⁹³.

Dr. Eduardo Vieira complementa revelando que ainda na primeira greve os alunos começaram a se inteirar do acordo tripartite, da distribuição de responsabilidades entre os diferentes setores acordados.

A gente começou a se inteirar que o poder estadual era mais a questão de equipamento, o federal era a universidade em si e o municipal era o prédio, que era o principal ponto da infraestrutura. Então nossa briga maior era coma prefeitura. Chegamos a fazer atos públicos na praça [...] com microfone e caixa de som, vestido de preto em frente à prefeitura. [...] Questionando até coisas que a gente não sabia bem mesmo, técnicas, [...] questão de engenharia. (Informação verbal)¹⁹⁴

O estudante Eduardo Freitas recorda da mobilização de atores dos diversos níveis nas discussões sobre as demandas:

[...] teve reunião com os dois engenheiros, [...] com o prefeito, o deputado Rommel Feijó, [...] tinha reunião com a própria faculdade em que veio o Dr. Marciano (Sampaio) [...] Dr. Aprígio, Dr. Luciano, Dr. Henry [...] Aprígio era o representante da reitoria, Luciano era o vice diretor e o Henry era o diretor, Marciano fazia parte do corpo docente. (Informação verbal)¹⁹⁵

Ainda o Dr. Eduardo lembra dos contatos com o ente mais demandado, a prefeitura: “nunca foi amigável!” (Informação verbal)¹⁹⁶. Lembra que a única reunião amigável foi a confraternização realizada após a aula inaugural, em que juntos alunos, Dr. Luciano Bezerra Moreira (vice-diretor) e prefeito foram “tomar uma cerveja no barzinho Mãe Rainha” (Informação verbal)¹⁹⁷. A angústia daí pra frente tomava só aumentava com o andamento das obras:

A gente ficava muito preocupado porque [...] a gente tava estudando e as obras acontecendo e de uma hora para outra paravam as obras. Ficava um mês, dois meses parado – (sic). A gente ia fiscalizar direto indo lá atrás [...] e não aparecia mais nenhum pedreiro, nenhum engenheiro, nada. [...] A gente ia cobrar e [...] deram um prazo: 30 de setembro de 2001, [...] pra gente saber se ia voltar ou não. [...] só voltava com tudo pronto. (Informação verbal)¹⁹⁸

¹⁹³ Idem.

¹⁹⁴ Entrevista concedida por Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista IX. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

¹⁹⁵ Idem.

¹⁹⁶ Idem.

¹⁹⁷ Idem.

¹⁹⁸ Idem.

Este primeiro momento de reivindicações resultou num surto de pequenas, mas necessárias melhorias. Começaram a chegar microscópios, caixas de lâminas, telões para projeção das lâminas, ventiladores, tintas para a pintura do prédio, e, finalmente, o arco frontispício do hall de entrada da faculdade trocou o nome Colégio Santo Antônio para Faculdade de Medicina. (Informação verbal)¹⁹⁹.

Figura 154: Alunos na escadaria da FAMED Barbalha. O arco central ainda trazia o nome do antigo colégio, depois mudado.



Fonte: Acervo de Eliézer Feitosa Acervo FAMED

Dr. Eliézer lembra, após o rescaldo da greve, da reavaliação de cada movimento executado. Segundo identificaram, os primeiros contatos com a imprensa e outras representações classistas resultaram em alguns “tiros nos pés”. Com o nome e honra da instituição em jogo, o que significaria mesmo o seu futuro acadêmico e profissional, os alunos passaram a incluir a cautela e parcimônia em seu dicionário. A luta não poderia ser tão feroz, a ponto de atrair uma forte conceituação negativa sobre o curso, dando munção aos seus detratores e aos que gostariam de vê-lo fechar as portas. “[...] a gente tinha também essa necessidade de tá correndo atrás de melhorar, melhorar, melhorar...” (Informação verbal)²⁰⁰. Dr. Eliézer hoje considera que o reitor à época, Dr. Roberto Cláudio, ousou ao criar os dois cursos de expansão. Seria, portanto, o responsável máximo pelo sucesso da empreitada:

Ele encampou isso nacionalmente. Foi uma coisa pioneira, pelo menos no Nordeste. Havia uma disputa institucional pra mostrar que era capaz [...]ele se implicou pessoalmente nessa iniciativa, também como profissional, como reitor, ele se engajou. [...] Porém, muita coisa que não competia a ele estava ficando aquém do que deveria, coisas que competiam a ele também. A gente cobrava, mas não era para vazar informações danosas [...] não era isso, mas uma interpretação danosa que fosse dada a uma informação e eram situações naturais do crescimento da faculdade. A gente era

¹⁹⁹ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁰⁰ Idem.

a menina dos olhos dele. A gente se aproveitava disso. Criamos maturidade vivendo essas situações. (Informação verbal)²⁰¹.

Temperança à parte, o lema das camisetas de rua persistiu na memória: “É melhor ter a alma dolorida de tanto lutar do que a paz de ter renunciado à luta”. Essa estava longe de ser a última (Informação verbal)²⁰².

Após o primeiro momento de greve, algumas deficiências tomavam corpo à medida em que as turmas iam se acumulando, antes mesmo dos doze semestres completos. Mais uma vez a estrutura física, equipamentos, materiais e o corpo docente iam se tornando cada vez mais subdimensionados e à medida em que a primeira turma avançava em direção ao internato, campos de estágio suficientes para todo já deveriam estar conveniados.

Os primeiros movimentos de reivindicação dos alunos foram fundamentais pra criar o sentido de união em torno do centro acadêmico. Dr. Eduardo Freitas lembra que a postura dos estudantes variava diante da paralisação:

[...] esses quatro meses eu fiquei praticamente aqui na faculdade. Outros não gostavam da política e iam embora, não apareciam nem aqui. Uns mais ativos moravam em Fortaleza, mas iam e voltavam. [...] Foi surgindo o centro acadêmico disso, daquelas pessoas mais engajadas. Perdemos uns quatro meses na nessa segunda greve, o preço que a gente pagou foi não ter férias até o final da faculdade. (Informação verbal)²⁰³.

Desta feita a representação estudantil do CALS já se dividia em áreas específicas, empregando seus haveres nas cobranças a quem de direito. Ainda assim, recebiam prioritariamente falatório como devolutiva. Mais uma vez, o horizonte da primeira turma estava sendo encoberto pelo cipoal burocrático. Os contatos com os gestores por vezes chegavam ao limite da polidez. O resultado deste esgarçamento de nervos foi a segunda paralisação dos estudantes. O aluno Eduardo Freitas, delegado para tratar com o prefeito Edmundo de Sá Barreto, engenheiro, questões referentes aos atrasos nas obras de reforma do prédio. Cobrou aceleração no andamento das obras e em meio à retórica do chefe do executivo, cobrou-lhe maior transparência, alegando para quem já estava com os nervos à flor da pele que o orçamento é público. O aluno receberia como resposta do prefeito: “você é apenas aluno de Medicina que veio morar em Barbalha. Vá estudar! Isso aqui não compete a você!” (Informação verbal)²⁰⁴.

²⁰¹ Idem.

²⁰² Idem.

²⁰³ Entrevista concedida por Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista IX. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁰⁴ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

No setor de materiais e contratações representando a turma nestas lides em Fortaleza, o então aluno Eliézer Feitosa lembra de argumentar com a diretoria que um curso de Medicina não servia para os servidores, muito menos para os docentes, que já estavam formados, existia para os alunos, e, não poderia existir sem o material necessário. Neste particular, os alunos foram obrigados a inteirar-se da legislação que rege as licitações, conhecer aspectos técnicos e comerciais do material solicitado, acompanhar os certames, receber o material, conferir sua quantidade e qualidade. Tudo, segundo rememora Eliézer, era acompanhado de perto junto da gestão do curso. Lembra-se o aluno, de uma passagem marcante. Quando em Fortaleza, reivindicando materiais para o curso em Barbalha, foi chamado por Dr. Luciano Moreira Bezerra, então vice-diretor do curso em Fortaleza. Demonstrando cansaço pelas sucessivas cobranças, o professor Luciano perguntou se Eliézer tinha tempo. Embora estivesse em cima da hora para buscar sua mãe no trabalho, pois estava com seu carro, o estudante topou. Dr. Luciano deixou o prédio do hospital e sentou em um banco sob as mangueiras do campus do Porangabuçu com o aluno barbalhense. Passou-lhe um espesso calhamaço e pediu que ele lesse item por item. Tratava-se da licitação para compra de materiais para a faculdade. O aluno iniciou a enfadonha leitura “licitação do tipo menor preço para unidade do curso de Medicina de Barbalha número tal, tal, tal”, “mocho para laboratório deve ter as dimensões tal, tal e tal”, envelopes fechados devem ser abertos na presença de tal, tal, tal “e prosseguiu em meio às características e especificações, o próprio vice-diretor foi se surpreendendo com detalhes os quais não havia atentado antes, até que cansou e disse: - Chega! Vamos almoçar. Na conversa, já havia sido quebrado o gelo. Eliézer relata que rogava a ele empenho: “até pra gente não perturbar tanto aqui, pra não haver atrito, essa beligerância”. E a antiga opinião do gestor, na qual aquele assunto não competia aos estudantes, foi mudando. Por fim, rendeu-se aos argumentos e afincou da representação barbalhense. Dr. Luciano, como lembra Eliézer, até agradeceu por ter vindo, por aquele momento. E concordou que mesmo com opiniões divergentes, todos estavam interessados na causa da faculdade de Barbalha. Ao final Eliézer pediu para levar cópia do material para deliberar com a turma. Neste íterim, infelizmente, como acontece em outros certames, estas licitações tiveram imprevistos. Erros de especificação, empresas com pendências na justiça e aí os atrasos iam se sucedendo. Cada certame deveria ter o prazo de 60 dias para concorrência, análise das propostas, recebimento de produto teste, entre outros trâmites legais. (Informação verbal)²⁰⁵.

²⁰⁵ Idem.

A segunda greve foi uma verdadeira guerra de nervos. E longa. Segundo Eliézer Feitosa relembra o clima desgastante:

A segunda greve durou três meses e meio, quase quatro meses. Ou seja, quase um semestre letivo. As consequências disso aí...estavam muito claras que iríamos sofrer. Nós notamos que havia um certo descompromisso em relação às pautas, porque eles achavam que a gente ia morrer no cansaço, ia voltar às atividades normais porque ia se perder um semestre. Então pra não perdermos um semestre ao final de tudo, nós perdemos nossas férias até o final do curso. Então o que tínhamos eram recessos de quinze dias, de uma semana. Aí quem morava fora se prejudicou bastante, de outro município, de outro estado. Porém, foi pelo bem maior de todos e da nossa formação. Com o cronograma apertado pelo corte de férias, os três meses e meio de atraso resumiram-se a três, quatro semanas. A turma não conseguiu se formar em dezembro, como é costume. Mas janeiro estava de bom tamanho. E Formar-se dentro dos seis anos seria simbólico. Assim, a primeira turma de Medicina de Barbalha receberia o diploma impecavelmente a tempo (Informação verbal)²⁰⁶.

Era tudo que a gente sonhou... Quando a gente chegou não era do jeito que a gente tava pensando

Dr. Eduardo Freitas, depois de mais de dez anos de formado volta ao tempo das paralisações no início da faculdade e analisa o papel da política estudantil e o espírito do alunado à época:

A política em si a gente vê que é necessária, apesar de eu não gostar [...] nunca tive pretensão de ser político. [...] mas a gente via com preocupação [...] ficava angustiado e isso fez alguns alunos até tentarem vestibular de novo em outras faculdades [...] foram alguns pra UPE (Universidade de Pernambuco), dois ou três fizeram faculdade em outros locais e a turma que iniciou com 40 terminou com 36 (35 na verdade) se não me engano. [...] muitas vezes a gente pensou em desistir mesmo, o desânimo era muito intenso e era muito evidente nas pessoas, nas reuniões, nos pequenos grupos, porque a gente conversava né [...] tinha descontentamento em relação ao curso. Porque Era tudo que a gente sonhou... Quando a gente chegou não era do jeito que a gente tava pensando. (Informação verbal)²⁰⁷

Sensação de dever cumprido

Dr. Eduardo continua sua análise identificando momentos que os fizeram chutar para longe o complexo de “vira-latas”. Optando cursar seis meses de seu internato em Recife, Eduardo interagiu à altura de seus pares, com a vantagem da vontade de trabalhar:

Quando a gente entrou nas clínicas, nos hospitais, as coisas foram mudando [...] a gente não tava bem estruturado aqui [...] sempre a gente tinha um complexo de inferioridade, de que nosso curso era muito ruim e a gente não tava equiparado aos outros cursos. Quando eu saí daqui pra o Recife, nas discussões de internato a gente via que estava no mesmo nível. Eu tinha esse medo de ir pra o Recife e chegar lá... o pessoal com uma faculdade toda estruturada... achar que a gente ia ficar pra trás, mas a gente compensou muito isso, estudando e se motivando. A gente buscava de outras

²⁰⁶ Idem.

²⁰⁷ Entrevista concedida por Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista IX. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

formas. Final de semana a gente ia acompanhar os médicos nos plantões do São Vicente [...] sábado, domingo [...] no Hospital do Coração, [...] UTI do Hospital Santo Antônio. [...] a gente ficava assim dentro dos hospitais e procurava sugar tudo, a gente tava perdido e não tinha ninguém pra orientar. [...] Essa motivação foi o que acabou equiparando nossas faltas [...] assim, eu fiquei mais tranquilo no intercambio em outra faculdade [...] a gente não tava tão atrás assim e às vezes até acima deles, não no sentido do conhecimento, mas no sentido de motivação, de querer fazer, por não “voar” no internato. A gente escutava muito elogios de toda a turma, do pessoal que era interessado, pelo menos interesse tinha demais (risos). Então acho que isso nos motivou a se equiparar. (Informação verbal)²⁰⁸

Indagado se o novo currículo, a nova proposta pedagógica teria representado algum efeito sobre esta disposição da turma para ir além do papel passivo de estudante, Eliézer responde que sim.

Essa inovação acaba que... faz com que a gente esteja aberto ao novo e às dificuldades que isso traz. É tudo inerente, novos desafios, novos posicionamentos são necessários. Diferentemente, por exemplo, se a gente recebesse algo engessado, bem consolidado há muito tempo. [...] A gente então não precisaria de tanta energia e tanta flexibilização e disposição, conectividade da turma entre si, pra daí alçar algumas batalhas, alguns desafios. Tanto no micro, como no macro, pensando mais à frente, certamente o currículo novo veio ajudando isso aí. Mas acho que não só isso, ele era uma parcela disso tudo. A gente teve a sorte de ter pessoas muito maduras nesse aspecto. E mesmo com posicionamentos divergentes, trouxeram acréscimos a isso tudo. [...] A gente pode ter visões diferentes sendo colocadas no mesmo plano pra daí aproveitar-se de cada ponto e termos avanços em vários aspectos, várias áreas. Então. Politicamente, sim. Nós temos hoje pessoas envolvidas com a vida pública de fato, médicos atuantes que não deixam sua profissão, que não deixam a desejar. Mas que também estão lá sendo líderes. Sendo representantes de sua categoria, de sua classe. Eu acho que a gente tem muito essa vivência que a gente teve na nossa formação. Realmente transcende a realidade médica para algo mais social, político. E sim, o currículo contribuiu. Mas também toda essa peculiaridade de Barbalha. Sem dúvida (Informação verbal)²⁰⁹.

Figura 97: Alunos em greve. Fachada da FAMED Barbalha.

²⁰⁸ Idem.

²⁰⁹ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.



Fonte: Acervo do autor

Muito maior que só a sala de aula

Emille recorda que à época de sua entrada, o curso contava com oito professores efetivos e 25 substitutos:

[...] substitutos de ninguém porque não havia em algumas disciplinas professores efetivos. Segundo ela, a greve de 2006 seria abrandada após o REUNI, com a ampliação das vagas para professores efetivos. Após o movimento paredista, conseguiram dezoito vagas já para o ano seguinte. Boa parte dos professores atuais, segundo ela, já experientes na casa, são “advindos de um processo de lutas de toda uma comunidade acadêmica para que se pudesse melhorar o curso. E isso aí já é uma grande diferença! Entrei num curso com oito professores efetivos, hoje trabalho com 77. (Informação verbal)²¹⁰

Para tanto a professora Emille garante que foi importante não só participar de Centro Acadêmico, ir a congressos em outros estados para apresentar e conhecer novos trabalhos científicos, mas principalmente participar das atividades discentes, das reuniões da Associação Brasileira de educação Médica. Isso foi fundamental, segundo Dra. Emille, para entender que “a formação médica é muito maior do que só a sala de aula e um livro que a gente tem que estudar pra prova. Isso foi muito marcante no meu processo formativo (Informação verbal)²¹¹. Assim, a atual professora e coordenadora da FAMED Barbalha considera que a participação política dos estudantes nunca foi um foco, mas uma necessidade. Falando pessoalmente, ela

²¹⁰ Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²¹¹ Idem.

também considera ter entrado muito jovem e ingênua no curso, aos 17 anos. Conforme descreve, a ex-aluna queria apenas cuidar das pessoas e não entendia a complexidade que isso acarretava no curso de Barbalha tal como o encontrou, com uma greve ainda no primeiro seu semestre.

Participar da greve também foi muito decisivo na minha formação acadêmica, foi o momento em que eu decidi que, se não era o ideal, eu teria que ajudar a construir pelo menos o próximo do ideal. Foi por isso que me envolvi cada vez mais no comando de greve, na gestão do centro acadêmico, no processo de negociação (Informação verbal).²¹²

E relembra seu sentimento “ou desistia e ia atrás de outra coisa, de outro curso, ou arregaçava as mangas e transformava o que eu queria fazer!” Durante a greve, à época, era necessário também se deslocar até Fortaleza em jornada de ação estudantil para dizer das carências, “inclusive de comida”, como lembra a universitária, em referência à luta por um Restaurante Universitário (Informação verbal)²¹³.

4.8.2 O Centro Acadêmico Leão Sampaio (CALs)

Destoando do ambiente hermético e das relações de poder verticais entre professores e alunos do antigo Colégio Santo Antônio da época dos padres salvatorianos a FAMED tem sido caracterizada pelo franco diálogo entre discentes, docentes e servidores. Fundado desde o início das atividades da FAMED o Centro Acadêmico Leão Sampaio (CALs) é um dos fatores garantidores deste ambiente democrático e transparente, espaço de confluência entre alunos de vários semestres do curso e meio de diálogo entre eles, seus docentes, servidores e instâncias administrativas da coordenação, passando por direção e até a reitoria (JORNAL DO MÉDICO, 2016.pg 18). O nome do Centro Acadêmico (CA) foi escolhido em eleição entre os alunos da primeira turma (FAMED, 2009) e homenageia o grande barbalhense que marcou o cenário da saúde regional, tanto por sua atuação como médico, quanto pelo seu trabalho político enquanto deputado federal. A por sugestão veio de outro baluarte da Medicina cariense, seu conterrâneo Dr. Napoleão Tavares Neves, o qual ministrou a aula inaugural do curso em 2001. (JORNAL DO MÉDICO, 2016. p. 18).

Em entrevista ao Jornal do Médico no ano de 2016 o sextanista Vangleilson Diniz Moraes, desde 2014 presidindo o CA considerava a organização como indispensável para a

²¹² Idem.

²¹³ Idem.

formação do indivíduo como médico e agente de transformação por meio das suas diversas funções. O CA desenvolve atividades nos campos: político, como debates, discussões, organização e mobilização de reivindicações e ações de interesse dos alunos, mediações de conflitos individuais e coletivos entre estudantes e faculdade; científico, no fomento à realização de palestras, semanas temáticas, recepção de calouros e realização de projetos e eventos na comunidade; além de atividades culturais e de lazer dentro e fora dos muros da faculdade (JORNAL DO MÉDICO, 2016.p. 18). Dentre as ações concluídas em 2018 seu presidente destaca a organização da semana de recepção dos calouros no primeiro e segundo semestres do ano, gestões junto à direção e reitoria no sentido de firmar convênios com hospitais da região ampliando o campo de prática da formação médica, além de diversas atividades esportivas, eventos e comemorações entre membros da faculdade de vários setores. Essa diversidade de ações permite a constituição de uma entidade mais humanística e integrada. (JORNAL DO MÉDICO, 2016. p. 18).

O presidente Vangleilson informa na entrevista que a atual gestão garante representatividade, pois é composta de membros de vários semestres. As reuniões ocorrem na sede própria, nas dependências da faculdade a cada 15 dias normalmente, podendo amiar-se em caso de demandas mais urgentes. Suas deliberações são veiculadas por meio eletrônico (e-mail, Facebook, WhatsApp) ou mesmo pessoalmente aos que buscam a sede e ainda nos corredores da FAMED, no boca a boca que faz valer a boa relação entre os membros do CA, discentes, docentes, servidores e direção da faculdade (JORNAL DO MÉDICO, 2016.p. 18).

Figura 98: Presidente do CALS em 2017, Vangleilson Diniz Morais



Fonte: Jornal do Médico, 2016

Paralelo a esta luta, projetos e negociações tomavam corpo no intuito de aproveitar o que o REUNI oferecia como ação prioritária, a expansão da Rede Federal de Educação Superior, principalmente com a interiorização dos *campi* das universidades federais, no

momento em que já se considerava a criação de uma universidade federal para o Cariri. De fato, as ações propostas pela Secretaria de Ensino Superior - SESu e iniciadas em 2003, criariam 18 novas universidades federais até 2014. Dentre esta constelação de novas IES figuraria a futura Universidade Federal do Cariri – UFCA.

4.8.3 A FAMED Barbalha e sua transição UFC/UFCA

Entrando a década de 2010 a FAMED Barbalha já estava mais bem estruturada e já havia graduado suas primeiras turmas. Mas as pressões estudantis eram mantidas, principalmente para ampliar a estruturação e contratação de professores. Entrementes, cursos federais abrigados no campus avançado do Cariri prosperavam e a expansão dava sinais de vitalidade e boa saúde. Era gestado então, o projeto maior de autonomia. A criação de uma universidade federal para o Cariri.

Figura 99: Nova nomenclatura e novo brasão da faculdade de medicina



Fonte: Acervo do autor

A partir das reformas empreendidas após o REUNI, a faculdade ampliava suas instalações, serviços, e corpo docente. Contudo, a massa discente permanecia mobilizada. Pautas variadas surgiam do desejo de mais crescimento e desenvolvimento da instituição. As negociações com a coordenação, em nível local eram uma constante, mas a resolução ainda dependia de Fortaleza. Mais uma vez demandas frustradas e a espera pelo cumprimento das promessas não eram toleradas. Novos movimentos paredistas voltariam a sacudir a faculdade.

Uma das greves estudantis ocorreu na manhã de uma quinta-feira, dia 22 de março de 2012, quando alunos de vários semestres do curso médico da FAMED Barbalha enfrentaram o sol forte nas ruas da cidade trajando jalecos brancos e portando cartazes. Veiculada no mesmo dia, a reportagem de Demontier Tenório para o site de notícias Miséria (MISÉRIA, 2012) estimou entre 100 e 300 alunos participaram em momentos diferentes da manifestação. O site registrou a passeata com cartazes e palavras de ordem proferidas com auxílio de um carro de som, além da distribuição de panfletos com informes sobre as condições da FAMED e extensa lista de reivindicações. O ponto alto do protesto foi a concentração defronte o prédio da faculdade, quando em meio aos *apitaços* as reivindicações eram lidas.

A lista de insatisfações era longa e ia das questões de infraestrutura, como manutenção dos recursos multimídia, aparelhos de ar condicionado, estacionamento para veículos, quadra para prática de esportes, passando por itens de segurança alimentar, pois cobravam reformulações do restaurante universitário. O antigo restaurante havia sido embargado pela vigilância sanitária por não garantir as condições de higiene necessárias ao serviço. Estava então provisoriamente funcionando em condições insalubres, em um corredor apertado, conforme denunciava o aluno Francieudo Sampaio à reportagem da TV Verdes Mares Cariri (VERDES MARES, 2012). Ainda sobre a estrutura, os alunos reclamavam a falta de acessibilidade do prédio para deficientes, e de itens de segurança como iluminação e vigilantes (MISÉRIA, 2012). Sobre o funcionamento da biblioteca a grita não se dava pela estrutura, mas pelo funcionamento. A aluna Isadora Gregório registrou depoimento para a TV Verdes Mares Cariri (VERDES MARES, 2012) dando conta, além da falta de professores, do funcionamento parcial da biblioteca. Segundo a aluna, se o curso funcionava nos turnos manhã e tarde, também a biblioteca deveria ter servidores que a mantivessem em serviço em tempo integral. Os alunos ainda demandavam a contratação de mais servidores que possibilitassem o funcionamento do curso em horários extracurriculares.

Contudo, a maior parte das insatisfações se concentrava na atividade fim da instituição e seus desdobramentos. A reportagem do site Miséria registrou dos alunos a falta de professores,

segundo os alunos “em quase todos os semestres” (MISÉRIA, 2012), incentivo iniciação científica, pesquisa e extensão. Demandavam também mais vagas para monitorias, fossem remuneradas ou mesmo voluntárias. No ciclo profissional registrava-se também por meio dos alunos graves carências. cursando o internato, quando a prática hospitalar é de extrema importância, a aluna Emille Sampaio Cordeiro registrava sua insatisfação para as câmeras do CE TV: “Sem o preceptor a gente não tem como discutir o caso clínico, a gente não tem como tirar dúvidas. A gente fica à mercê simplesmente da boa vontade dos médicos que estão trabalhando no serviço” (VERDES MARES, 2012). A então aluna Emille Sampaio voltaria à casa como professora após suas pós-graduações, e desde 2018 coordena o curso de Medicina da UFCA.

Ouvido pela reportagem televisiva o então coordenador do curso, o Prof. Cláudio Gleidiston garantiu o pronto encaminhamento de mais um funcionário para a biblioteca. Sobre a contratação de novos professores, anunciou um edital já pronto e autorizado pela reitoria da UFC em Fortaleza visando a contratação de três professores efetivos e mais quatro substitutos. Já em relação ao restaurante universitário, o coordenador não escondia seu desconforto, mas garantia que se tratava de uma solução temporária, enquanto se construiria o restaurante definitivo ao lado prédio. Entretanto, reconhecia a demora do projeto e dos trâmites legais, como a licitação (VERDES MARES, 2012).

Segundo as informações colhidas pelo repórter Demontier Tenório a manifestação convocada pelo CALS se resumiria àquele dia, mas em caso de frustração de suas expectativas quanto às providências e encaminhamentos, não se descartava expandir a manifestação por outros campi, como Crato e Juazeiro do Norte (MISÉRIA, 2012).

A matéria jornalística do site mostra vivamente o espírito de consciência do alunado de então. Uma das reivindicações clamava justamente pela criação de espaços de discussão sobre a criação da futura UFCA onde eles também fossem ouvidos. Chama atenção em especial o desejo geral por autonomia cristalizado no depoimento da aluna Marina Rabello. A acadêmica natural de São Paulo ingressara já por meio do Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM estava cursando o segundo semestre. Marina demonstrava confiança na luta. Considerava que os manifestos anteriores haviam surtido efeitos e que o atual também lograria sucesso. A futura médica comentou com precisão cirúrgica sua visão sobre os burocratas: “o foco atual está direcionado à criação da universidade, esquecendo o momento atual” (MISÉRIA, 2012).

Relembrando o passado de lutas, mas também de olho nas presentes e vindouras, a atual coordenadora Emille Sampaio considera que a ação estudantil foi um aprendizado que a formou

como ser humano e que tem influência no processo de trabalho em saúde: “você sempre tem que negociar com a gestão, entender os processos todos para além do atendimento da clínica em si. Mas não foram dias fáceis” (Informação verbal)²¹⁴.

4.9 MUDANÇAS NA POLÍTICA DE ENSINO SUPERIOR, EXPANSÃO DA UFC NO CARIRI E CRIAÇÃO DA UFCA

4.9.1 Mudanças na política de ensino superior, expansão da UFC no Cariri e criação da UFCA

Desde o final do século XX e mais agudamente no início dos anos 2000 percebia-se no Brasil como no mundo uma expansão da demanda por cursos de educação superior relacionada à valorização do saber acadêmico pelo mercado de trabalho, mas sobretudo ao crescimento da importância da pesquisa acadêmica e da inovação (BRASIL, 2019). Por meio do diálogo com as Instituições de Ensino Superior (IES) a SESu mostrava-se sensível ao panorama do ensino superior no Brasil e suas peculiaridades regionais.

[...] o fenômeno possui peculiaridades decorrentes da desigualdade regional, da má distribuição de renda e da baixa escolaridade média da população - recursos limitados para o ensino superior e a pesquisa e dificuldades de acesso e permanência de estudantes na universidade, entre outros. No contexto brasileiro, mais especificamente, os desafios ligados à educação superior podem ser condensados na tríade expansão, qualidade e democratização. (BRASIL, 2019. Balanço social SESu 2003-2014, p. 19)

Desde então MEC e SESu avançaram nos planos de expansão e democratização do ensino superior no Brasil. A garantia de direitos iguais no acesso e permanência no ensino exigia um grande esforço no sentido democrático.

O processo de democratização compreende reverter o quadro no qual ir à universidade é opção reservada às elites. A definição de um projeto para a educação superior deve entender esta como bem público, destinada a todos indistintamente, inserida no campo dos direitos sociais básicos, tratada como prioridade da sociedade brasileira, sendo que a universidade deve ser a expressão de uma sociedade democrática e multicultural, em que se cultiva a liberdade, a solidariedade e o respeito às diferenças. (BRASIL, 2015. Balanço social SESu 2003-2014, p. 19)

As metas propostas pelo Plano Nacional de Educação (PNE) do período 2001 a 2010 eram ousadas. O plano seria incluir pelo menos 30% dos jovens da faixa etária de 18 a 24 anos

²¹⁴ Idem.

no ensino superior até o final da década (BRASIL, 2019). O MEC também pôs seu foco onde as desigualdades se mostravam mais agudas, no interior do país. Sobretudo o Norte e o Nordeste, regiões historicamente desprestigiadas passariam a ter tratamento mais equânime com as propostas de interiorização do ensino superior. Anteriormente percebia-se a dificuldade de inserção dos egressos do ensino médio e a migração destes para centros maiores ou regiões mais desenvolvidas dificultando ainda mais o desenvolvimento de suas regiões de origem.

Assim, a interiorização da oferta de educação superior é essencial para combater o desequilíbrio no desenvolvimento regional e atingir estudantes sem condições de se deslocar para outras regiões. [...] Entre 2003 e 2013, duas das regiões mais carentes de ensino superior – Norte e Nordeste – apresentaram expansão significativa da oferta. O percentual de crescimento das matrículas na região Nordeste, de 94%, correspondeu ao dobro do registrado para o Sudeste e mais do triplo daquele registrado na região Sul. A região Norte teve a segunda maior taxa de crescimento (76%) entre as regiões do país. (BRASIL, 2019. Balanço social SESu 2003-2014, p. 20)

Havia a nítida compreensão de que as universidades federais contribuiriam de forma ativa para o desenvolvimento não apenas científico e tecnológico, mas sobretudo para a transformação social do país como uma poderosa arma a atenuar seus contrastes sociais. De fato, o período de 2003 a 2014 fora marcado por intenso esforço no sentido da diversificação da oferta de cursos, o auxílio ao ingresso e permanência dos alunos, inclusive com atenção maior à egressos da escola pública e cotas para minorias. Mas para além das políticas inclusivas na rede já existente houve ainda gestões para expansão da oferta de cursos, com maior contratação e qualificação do corpo docente, incidindo sobretudo na qualidade da oferta do ensino superior.

Segundo relatório do MEC, o balanço social do SISu do período registrou:

- Criação de 18 novas universidades federais;
- Criação de 173 campi de universidades federais em cidades do interior do país;
- Lançamento, em 2003, do Programa de Extensão Universitária (Proext);
- Criação, em 2004, do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes);
- Criação, em 2004, e implantação, em 2005, do Prouni para estudantes carentes em instituições de ensino superior privadas;
- Criação, em 2006, do Sistema Universidade Aberta do Brasil (UAB), que apoia universidades públicas a ofertar cursos na modalidade de educação a distância;
- Recuperação, a partir de 2003, e fortalecimento, a partir de 2006, do Programa de Educação Tutorial (PET);
- Implantação, a partir de 2007, do REUNI;

- Implantação, em 2008, do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação à Docência (PIBID);
- Criação, em 2008, do Plano Nacional de Assistência Estudantil (Pnaes), para estudantes das universidades federais;
- Redesenho em 2010 do Fies, que facilita o acesso à educação superior para estudantes de baixa renda, em especial para estudantes das licenciaturas e de medicina;
- Criação, em 2013, do Programa de Bolsa Permanência para estudantes das universidades federais;
- Criação do Programa de Bolsa Permanência, para estudantes bolsistas do Prouni;
- Aprovação, em 2012, e implantação, a partir de 2013, da Lei das Cotas nas universidades federais, com previsão de reserva de no mínimo 50% das vagas, até 2016, para estudantes oriundos das escolas públicas de ensino médio;
- Lançamento, em 2014, do Programa Mais Cultura nas Universidades, que apoia projetos de arte e cultura propostos pelas universidades federais, com foco na inclusão social e no respeito à diversidade cultural.
- Democratização do acesso à universidade, com o uso dos resultados do Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) nos processos seletivos; e
- Expansão do ensino médico, com a criação de novas vagas e incentivo à realização de residências.

Para fazer frente a tamanho desafio foi necessário um robusto incremento orçamentário em nível nacional. Na educação superior é possível sublinhar a evolução do financiamento das universidades federais.

Considerando apenas o corte anual em 2013, ano de fundação da UFCA, foram investidos 440 milhões de reais na expansão e consolidação das instituições, 509 milhões na implantação de novos campi e 300 milhões na implantação de novas universidades, num total de 1,2 bilhão de reais investidos em um ano (BRASIL, 2019).

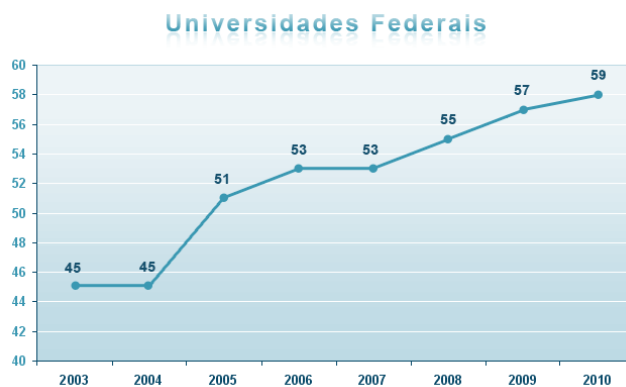
Contudo, ainda antes da fundação da UFCA os novos programas da SESu já vinham potencializando por meio do acréscimo de investimentos a consolidação do curso de Medicina e implantação de novos cursos federais no Cariri, embora ainda sob a égide da UFC e a denominação geral de campus Cariri.

As instituições de ensino superior passaram por um processo de reestruturação e expansão no período entre 2003 e 2014 conforme novas diretrizes e parâmetros para a efetivação dos objetivos e aperfeiçoamento dos resultados obtidos. Esta expansão foi fundamentada na democratização do ensino superior de forma mais inclusiva, com o sentido de reduzir as desigualdades regionais historicamente presentes em nosso país (BRASIL, 2019).

O processo englobou três frentes de ação – a interiorização, iniciada em 2003, e posteriormente a integração e a regionalização da educação superior. A partir de 2007, a reordenação da educação superior brasileira foi estruturada na forma do Programa de Reestruturação e Expansão das Instituições Federais de Ensino Superior, cujo principal objetivo é ampliar o acesso e a permanência na educação superior. (BRASIL, 2015. Balanço social SESu 2003-2014, p. 31)

O fator diferencial neste processo foi o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), conforme decreto n. 6.096/2007 (BRASIL, 2007). A proposta do REUNI (BRASIL, 2007) compõe uma das ações que integram o Plano de PDE. O Programa propõe uma série de medidas para retomar o crescimento do ensino superior público, criando condições para que as universidades federais promovam desde expansão física até avanços nos aspectos acadêmico e pedagógico da rede federal de educação superior. As ações do Programa objetivavam o aumento de vagas nos cursos de graduação, a ampliação da oferta de cursos noturnos, a promoção de inovações pedagógicas e o combate à evasão (BRASIL, 2007). Com o REUNI foi possível o governo federal propor por meio do ensino superior um meio de diminuir as desigualdades sociais no país (BRASIL, 2019).

Figura 100: Evolução do número de universidades federais período 2003-2010



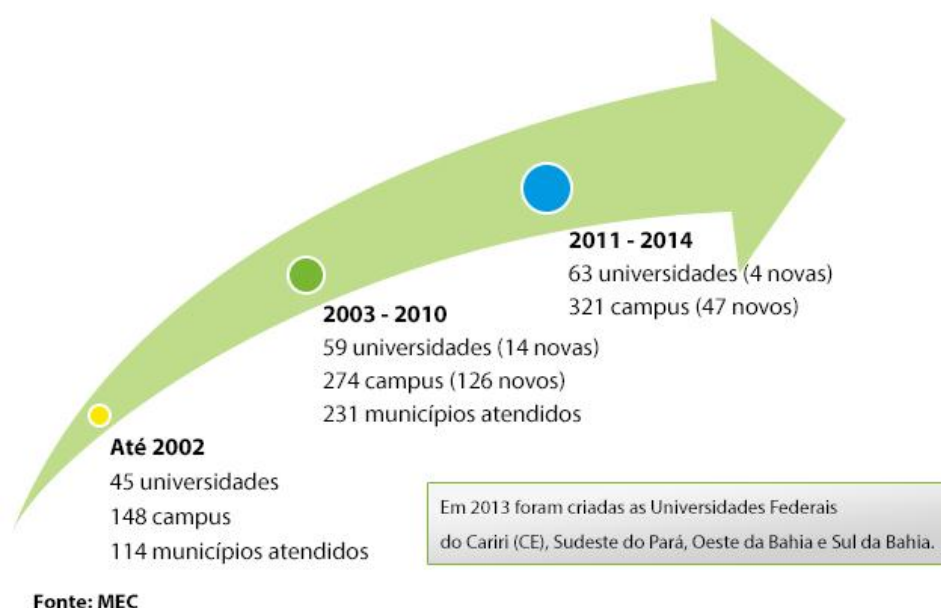
Fonte: MEC

Contudo, a principal ação visava à expansão da Rede Federal de Educação Superior, sobretudo, com a interiorização dos campi das universidades federais. O que teve início em 2003, criando 18 novas universidades federais até 2014.

Figura 101: Evolução de universidade federais período 2002-2014. Destaque para o Cariri

Mais universidades federais para todos

A interiorização do ensino superior agora é prioridade e beneficia alunos de médias e pequenas cidades pelo País



Fonte: MEC

Neste período o Cariri vivenciou a implantação e consolidação de novos cursos federais. Em 2006 foram instalados os cursos de biblioteconomia, engenharia civil, administração filosofia e agronomia. Estes cursos que vieram fazer companhia ao de Medicina, já instalado desde 2001, partilharam o indispensável apoio da URCA que os abrigou em suas dependências no campus Pirajá, em Juazeiro do Norte e no campus Crato. Entrementes, já se iniciavam as obras para o novo campus Cariri em terreno de área total de 27.186,93m² doado pela Prefeitura Municipal de Juazeiro do Norte. O terreno ficava num matagal em bairro desabitado e necessitava a implantação de todas as benfeitorias de urbanização, que ficariam a cargo da prefeitura. Após muitos esforços a Universidade Federal do Cariri teria endereço na rua Tenente. Raimundo Rocha, 1639 no bairro que se orgulhosamente se chamaria Cidade Universitária. Neste mesmo ano organizam-se os primeiros encontros e congressos organizados

pelo campus cariri, e no ano seguinte, em 2007, o conjunto de cursos federais se apresentariam como campus Cariri, expansão da UFC, participando com stand na Expocrato (Exposição Centro Nordestina de Animais e Produtos Derivados), importante festa da região visitada por até 40.000 pessoas de todo o Nordeste em cada um dos oito dias de sua realização (Diário do Nordeste, 2015).

Em 2008, ainda com o campus Cariri sediado em Juazeiro semiconcluído, mudaram para lá os cursos de humanidades, com o início das aulas ocorrendo em 04 de agosto. No dia 21 de agosto de 2008, após quase dois anos funcionando em instalações cedidas pela URCA, o novo equipamento foi inaugurado. O campus avançado Cariri da UFC em Juazeiro abrigaria então os cursos de Administração, Biblioteconomia, Engenharia Civil e Filosofia, assim como o de Agronomia, que lá funcionou provisoriamente, até que sua sede fosse construída no Crato, o que se daria apenas em 2011 (TERRA, 2008; UFCA, 2019). A inauguração solene na presença do Presidente da República, Luís Inácio Lula da Silva, ministros da Casa Civil e da Educação, Dilma Rousseff e Fernando Haddad, o Governador do Estado do Ceará Cid Gomes, o então Diretor do campus, Antônio Nunes de Miranda, seu vice-diretor, Prof. Ricardo Ness, que o sucederia (e seria futuro reitor), além de extensa lista de autoridades civis de toda a região.

Os prédios então inaugurados compunham a primeira etapa das edificações no campus, contando com sete salas de aula, cinco laboratórios: Física, Química, Biologia, Materiais e Informática (este equipado com 40 computadores), cinco gabinetes para coordenações de curso e nove para professores, uma biblioteca, sala de reunião e sala de desenho, entre outras dependências de apoio. As obras, concluídas em junho, totalizavam 1.640 metros quadrados de área construída. A segunda etapa seria entregue em outubro com mais salas de aula, três laboratórios, auditório com capacidade para cem pessoas, salas de videoconferência e para grupos de pesquisa. Uma terceira etapa, iniciada em janeiro de 2009 completaria a ocupação dos 23 hectares de área disponível. Esperava-se oferecer só neste campus, a partir de 2009, 240 vagas por ano, pelo menos metade destinada a cursos noturnos, em atenção aos alunos que precisam trabalhar para ajudar na renda familiar. Desta forma, ainda em 2009 novos professores e servidores técnico-administrativos foram contratados, iniciando seus trabalhos e os primeiros encontros científicos na nova sede. Ainda em 2009 seria incorporados os cursos de Jornalismo, Engenharia de Materiais e os antigos cursos de Educação Musical (atual Licenciatura em Música) e de Design de Produto (atual Bacharelado em Design) (UFCA, 2019). Em 2010, viria o curso de Administração Pública e, em 2011, finalmente seria inaugurado o campus Crato,

sede definitiva do curso de Agronomia (UFCA, 2019). Esperava-se ao fim da implantação do campus totalizar 1.360 alunos, com investimento total de R\$ 10,8 milhões.

Figura 102: Reitoria da UFCA



Fonte: Foto de Gabriel de Souza

A adesão REUNI, foi fundamental para promover o aumento do número de cursos a serem ofertados no campus. Em 2012 já se iniciavam as primeiras reuniões com servidores para tratar da implantação da UFCA, uma aspiração que já tomava corpo no meio acadêmico, social encontrando ressonância nos meios político-administrativos. Após a esperada aprovação no Senado Federal, da proposta de autoria do senador cearense Inácio Arruda, o projeto de criação da UFCA seria encaminhado para apreciação da Presidência da República. Finalmente na tarde de uma quarta-feira, dia 05 de junho de 2013 é criada oficialmente por sanção presidencial a Universidade Federal do Cariri - UFCA, a partir do imediato desmembramento da UFC e incorporação dos respectivos cursos de expansão congregados no campus Cariri em Crato, Juazeiro Do Norte, Barbalha, Icó e Brejo Santo. Estes dois últimos criados por lei após a criação da universidade. Segundo a proposta, os alunos, professores e servidores da Universidade Federal do Ceará seriam todos transferidos para a Universidade Federal do Cariri, funcionando então com natureza jurídica de autarquia e vinculada ao Ministério da Educação, sem prejuízo funcional, profissional ou acadêmico (BRASIL, 2013, 2019; G1, 2013). Para compor o quadro de servidores da UFCA, foram criados 727 cargos, sendo 197 cargos de professor do magistério, 212 cargos técnico-administrativos em educação de nível superior e 318 de nível intermediário (BRASIL, 2013). Havia uma estimativa de impacto orçamentário dos cargos de direção e de funções gratificadas, segundo o relator do projeto na Câmara dos Deputados, o deputado cearense José Nobre Guimarães, da ordem de R\$ 9,95 milhões para o exercício de 2013 (G1, 2013). Atualmente, em

números absolutos, a UFCA investe anualmente 80 milhões de reais anualmente, sem contar o custeio da folha de em torno de 60 a 70 milhões de reais (UFCA, 2019).

Figura 103: Reitor Ricardo Ness



Fonte: Jornal do Médico, 2016

Apenas neste ato presidencial outras três universidades encontrariam seu nascedouro, a federal do sul da Bahia (UFESB), do oeste da Bahia (UFOB) e do sul e sudeste do Pará (UNIFESSPA), todas no interior do Norte/Nordeste brasileiro. Em seu ato, a então Presidente da República Dilma Rousseff assinalou:

A inexistência de um processo educacional nos lugares mais recônditos do país é uma forma de discriminação sem sombra de dúvida. [...] Hoje nós temos pelo menos um campus de universidade em 275 municípios. Esses 275 municípios respondem por uma parte significativa da população brasileira. Isso não significa que devemos parar por aqui. O processo de interiorização vai continuar. (G1, portal de notícias, 2013)

Após a conquista de sua autonomia em 2013, a UFCA inaugurou os campi Brejo Santo, que abriga o Instituto de Formação de Educadores (IFE/UFCA), e Icó, onde funciona o Instituto de Estudos do Semiárido (IESA/UFCA). O IFE/UFCA oferta aulas da Licenciatura Interdisciplinar em Ciências Naturais e Matemática (que possibilita a obtenção de 5 diplomas diferentes)²¹⁵.

A partir de 2014 se deram as primeiras refeições de grau e cerimônias de recepção de ingressantes e finalmente em 2015 posse dos servidores da então UFC sob nomenclatura da UFCA, anunciando como suas premissas ações em quatro pilares – Ensino, Pesquisa, Extensão e Cultura – e tendo como principais objetivos a inclusão social e o desenvolvimento territorial sustentável (UFCA 2019). Em 2016 consolidava então 14 cursos de graduação e oito de pós-

²¹⁵ Infelizmente, nos dias atuais o Iesa/UFCA responsável pelo curso de História da UFCA, já não recebe novos estudantes.

graduação lato e stricto sensu. Em 2017 já se verificava em suas dependências estudantes de das 28 cidades do Cariri, mas também de todo o Brasil e ainda alguns estrangeiros por meio de convênios.

No ano seguinte, concluindo seu primeiro lustro em 2018, a universidade já ocupava em seus cinco campi 32 mil m² de área construída entre salas de aula, laboratórios, quadras, refeitórios, bibliotecas e demais setores administrativos. Por suas dependências já passavam então 2.945 alunos matriculados contando todos os cursos.

Apesar da ainda curta trajetória, até 2018 a instituição já somava ao todo 23 cursos de Graduação, 10 cursos de Especialização (seis deles, Residência Médica), quatro cursos de Mestrado e um de Doutorado.

Seus cursos de graduação são, nomeadamente: Administração, [Administração Pública](#), [Biblioteconomia](#), [Ciência da Computação](#), [Ciências Contábeis](#), [Design de Produto](#), [Engenharia Civil](#), [Engenharia de Materiais](#), [Filosofia \(Bacharelado\)](#), [Filosofia \(Licenciatura\)](#), [Jornalismo](#), [Letras / línguas](#), [Matemática Computacional](#) e [Música](#), em Juazeiro do Norte, Agronomia no Crato, Medicina em Barbalha, História em Icó e em Brejo Santo nos cursos de Química, Física, Biologia e Interdisciplinar em Ciências Naturais e Matemática. Projetos para os cursos de Medicina Veterinária em Crato e Pedagogia em Brejo Santo estão sendo pleiteados junto ao MEC.

A Universidade conta com os cursos de pós-graduação lato sensu: os cursos de Residência Médica em Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Patologia e Medicina Geral de Família e Comunidade e os cursos de especialização em: Gestão em Ambientes de Formação, Inovação Social e Economia Solidária, Permacultura e de Tradução e Intérprete de LIBRAS.

Em stricto sensu a UFCA oferece os mestrados de Biblioteconomia, Matemática, Desenvolvimento Regional Sustentável e em Bioquímica e Biologia Molecular, área também contemplada com um Doutorado. Neste ano de 2018 foram desenvolvidos 119 projetos por 36 grupos de pesquisa, contando com 470 pesquisadores. Contando de 2008, ano inicial do campus Cariri até então, 359 pesquisadores já haviam publicado 2962 artigos, não só em português, mas também em inglês, espanhol, alemão, francês, e, até em aramaico, italiano e em LIBRAS. A proporção de artigos publicados em revistas qualificadas vem crescendo. A maioria dos artigos foi publicado em periódicos Qualis B1, mas com 139 deles em Qualis A1. O curso de Medicina participa com 785 artigos publicados no total, 545 deles com Qualis, sendo 120 entre

B1, A2 e A1. A produção da FAMED perfaz assim 22,56% de toda a universidade. Quanto ao perfil dos pesquisadores, a maioria tem entre 30 e 40 anos de idade, dedicação exclusiva. Referente ao tempo de casa, a parcela mais expressiva de pesquisadores tem entre dois e quatro anos de exercício, sendo seguido por outro batalhão entre oito a quatorze anos (UFCA, 2019).

Honrando sua vocação inclusiva a UFCA concedeu no ano de seu quinquênio 863 bolsas-auxílio, garantindo assim condições mais favoráveis para a permanência de alunos com maior carência no ensino superior público, gratuito e de qualidade, (UFCA, 2019). O ano de 2018 finalizou com 70 projetos de extensão desenvolvidos nas áreas de educação, tecnologia, trabalho, comunicação, cultura, meio ambiente, saúde e direitos humanos. Exemplos bem-sucedidos não faltam, como o ambulatório de especialidades da FAMED, com mais de 300 atendimentos mensais para a população carente, ou a feira Cariri Criativo, que faz a ponte entre cultura e economia solidária, movimentando a cena de teatro, música, poesia, culinária, artesanato, entre outras vertentes do fazer regional, mesclando-o com a cultura mundial. Contemplando o quarto pilar da universidade, a cultura, a UFCA concedeu apenas em seus cinco primeiros anos de funcionamento 563 bolsas de cultura, distribuídas em 65 projetos que resgatam, fortalecem e democratizam o acesso à cultura do Cariri e do mundo (UFCA, 2019).

Desde então esta universidade caririense desenvolve um diálogo intenso com a região em seus aspectos culturais, históricos e socioeconômicos, estando, contudo, de forma autônoma e altaneira, aberta ao mundo (UFCA, 2019).

O curso de Medicina, como tantos outros da UFCA, celebra a pluralidade e riqueza científica e cultural proporcionada pela troca de experiências de pessoas de diferentes regiões, anseios, formações e pontos de vista (UFCA, 2019).

Apenas em 2018 a UFCA deixa de operar por meio do Sistema Integrado de Gestão de Atividades Acadêmicas – SIGAA/UFC, passando a operar seu próprio SIGAA. Estava então definitivamente cortado o cordão umbilical que unia criadora e criatura enquanto instituições autônomas²¹⁶.

4.10 A FAMED EM TEMPOS DE UFCA

²¹⁶ Mais recentemente, no campus Juazeiro do Norte, a UFCA implementou os cursos de Ciência da Computação, Ciências Contábeis, Matemática Computacional e Licenciatura em Letras-Libras – cujas primeiras aulas iniciaram em março de 2019.

Como já anteriormente descrito, com o tempo os demais cursos federais se consolidaram e buscaram identidade própria com a região. De forma particular, o curso de Medicina do Cariri consolidou-se sob intensa relação com as demandas loco-regionais, dando provas de sua relevância e impacto na saúde, cultura, economia entre outras áreas. Novos cursos federais foram agregados à região e possibilitando a criação de uma nova universidade federal, prova do reconhecimento da importância da região. Passados 12 anos de existência, a expansão do curso de medicina da Universidade Federal do Ceará, por força de Lei, especificamente a Lei Federal nº 12.826, de 05 de junho 2013, que dispõe sobre a criação da Universidade Federal do Cariri – UFCA, por desmembramento da Universidade Federal do Ceará - UFC, o curso em funcionamento foi então incorporado à recém-criada universidade. A FAMED campus Barbalha faria parte então de uma universidade com influência em toda a macrorregião do Cariri e Centro Sul do Ceará, abrangendo então 42 municípios com população estimada em 1,4 milhão de habitantes em 2014 segundo o IBGE. Os campi se localizariam em Juazeiro do Norte (sede da reitoria), Barbalha, Crato, Brejo Santo, na região do Cariri e em Icó, na região Centro Sul, onde funciona o Instituto de Estudos do Semiárido (IESA/UFCA) e o curso de História, infelizmente no momento em desativação (UFCA, 2019). Essa grande transformação marcaria profundamente os rumos da FAMED Barbalha em seus sentidos administrativo e acadêmico. A ex-aluna do curso Emille Sampaio Cordeiro, professora da instituição e sua atual coordenadora nos revela que, apesar de não ter acompanhado o momento de transição da UFC para a UFCA, pois já estava formada e cursando pós-graduação fora, nota diferenças marcantes na instituição:

Percebo ganhos estruturais, vide sede do Centro Acadêmico, Restaurante Universitário (RU), que antes era fruto de muitas lutas e mobilizações estudantis, nós tínhamos uma palhoça construída pelos próprios estudantes e familiares e hoje nós temos o RU com refeições servidas diariamente. Acho que os processos organizativos também melhoraram bastante. [...] antes nós tínhamos que nos reportar sempre a uma estrutura administrativa em Fortaleza, fosse pra monitoria, pra projeto de extensão, fosse pra apresentar algum trabalho, recorrer a algum auxílio de ação estudantil, para ir para algum congresso. Tudo era reportado para Fortaleza. Hoje nós temos um processo administrativo local. O mais distante que precisamos recorrer quando não resolvemos algo internamente com uma ligação ou um malote é Juazeiro do Norte (sede da reitoria) e isso também facilita os processos. (Informação verbal)²¹⁷

Quando se recorda da velha palhoça onde faziam suas refeições, Emille Sampaio descreve como, durante sua gestão no Centro Acadêmico, os próprios alunos descarregaram o caminhão com as pedras e participaram da construção do piso. A imagem da demolição da

²¹⁷ Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

palhoça para dar lugar ao novo RU deixou um sabor agridoce em sua memória ainda hoje. Mas, simbolismos à parte, ela reconhece a necessidade de sempre avançar em direção ao melhor. A atual coordenadora revela que essa transição não se deu bruscamente. A UFC, de quem a UFCA herdaria muitos de seus processos administrativos, ainda serviria de tutora da nascente universidade, até que ela desenvolvesse melhor seus processos próprios:

Nós nos mantivemos muito tempo vinculados à mãe né, à UFC. Essa instituição mãe que nos doou muitos dos seus processos. Mas estamos cada vez mais avançando e tendo nossas próprias legislações, nossos próprios documentos orientadores. (Informação verbal)²¹⁸

Segundo Emille Sampaio, essa evolução busca estabelecer sua identidade.

Penso que a missão da UFCA, que é de contribuir com o desenvolvimento regional sustentável, ela se mantém muito forte, vinculada a essa identidade do Cariri. [...] quando era UFC não era tão grande. Enquanto universidade programada para servir a região do Cariri, ela cumpre muito bem essa função. (Informação verbal)²¹⁹

Assim ficou registrada doravante a FAMED Barbalha por meio de resolução do CONSUP, a qual criava a unidade acadêmica denominada Faculdade de Medicina e dava outras providências:

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri foi criada em 2014, através do Processo nº P6588/14-51, consolidado através da Resolução nº 09/2014-CONSUP, de 23 de abril de 2014 com o objetivo de gerir administrativamente e academicamente os cursos da área da saúde, particularmente o curso de medicina já existente, como Unidade Acadêmica Integrante da Universidade Federal do Cariri. (FAMED, 2019. Relatório de Gestão - 2018. p.13)

Essa perspectiva de regionalização, ou de pertencimento a sua região cria novas necessidades. A partir deste momento reformulações e aperfeiçoamento da instituição devem ir ao encontro de demandas locais mais especificamente.

Hoje, é notória a influência exercida pelo curso de medicina da UFCA na Região do Cariri, não só no meio científico-cultural, mas principalmente, na qualidade do serviço de saúde ofertado à população. O treinamento dos alunos se dá, essencialmente, no sistema local de saúde, que vem sofrendo mudanças positivas no seu desempenho geral. (PPC, 2016)

4.11 CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE) EM DIÁLOGO COM O MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS)

²¹⁸ Idem.

²¹⁹ Idem.

Logo após a criação da UFCA em 2013, dando continuidade às mudanças políticas da SESu e em aproximado diálogo com o Ministério da Saúde, veio a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, que instituiu o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB). Esta lei alterava disposições legais anteriores (as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981) estreitando de forma marcante a relação ensino-trabalho. Em suas disposições gerais o PMMB já anunciava em seu artigo primeiro seu fito de ampliar o acesso aos serviços médicos nas regiões cronicamente carentes, sobretudo na atenção básica em saúde. Mas visava também aprimorar a formação médica no país, inserindo o profissional médico ao SUS em suas regiões mais carentes. Isto, segundo o texto legal, se daria pelo desenvolvimento de um “senso de realidade” da saúde da maioria popular. Mas, além disto, propunha uma maior integração ensino-serviço sob supervisão acadêmica de IES, aperfeiçoando a prática médica baseada nas políticas públicas de saúde do país, inclusive estimulando a realização de pesquisas médicas neste contexto (BRASIL, 2013). Todos estes pontos vinham em linha com o já sedimentado Projeto Político-Pedagógico da faculdade, ainda implantado como expansão da UFC. Mas ainda a lei do PMMB, em seu artigo segundo propunha para a consecução de suas ações o estabelecimento de novos parâmetros para a formação médica, além da reordenação da oferta de cursos de Medicina e ampliação de vagas para residência médica priorizando neste ponto as regiões mais carentes, ou seja, com menor relação de vagas e médicos por habitante e com estrutura de serviços de saúde em condições de ofertar campo de prática suficiente e de qualidade para os alunos. Assim, em seu capítulo terceiro, a lei do PMMB sujeitava o funcionamento dos cursos de Medicina à efetiva implantação das diretrizes curriculares nacionais definidas pelo Conselho Nacional de Educação (CNE). Em particular, nos parágrafos primeiro e segundo constava que ao menos 30% da carga horária do internato médico na graduação fosse desenvolvido na Atenção Básica e em Serviços de Urgência e Emergência do SUS, respeitando-se o tempo mínimo de dois anos, e, que tais atividades, inclusive no âmbito da residência médica tivessem a supervisão técnico-acadêmica da IES. Com o devido financiamento o caminho estaria pavimentado para maiores investimentos nos cursos interioranos, inclusive o caririense, garantindo assim melhores condições para sua consolidação. As vagas de residência médica seriam progressivamente incrementadas à medida em que fossem graduando-se os médicos, e que o primeiro ano de residência médica seria realizado em Medicina Geral de Família e Comunidade, artigos que seriam revogados em 1º de agosto de 2019, por meio de Medida Provisória do Presidente Jair Bolsonaro.

A lei do PMMB (BRASIL, 2013) estabelecia em seu artigo décimo, parágrafo único, prazo para a adequação da matriz curricular para atender tais normativas. O Conselho Nacional de Educação tinha então 180 dias contados a partir da publicação da lei para garantir o alinhamento da IES às medidas. Em seu artigo décimo primeiro a lei recomendava o diálogo com o Conselho Nacional de Residência Médica – CNRM e Ministério da Saúde para a regulamentação das mudanças curriculares de seus programas, mas que seria definida por ato do Ministério da Educação. Havia também, conforme consta no artigo décimo segundo, disposições sobre o contrato organizativo da ação pública ensino-saúde, onde as instituições de educação superior responsáveis pela oferta dos cursos de Medicina e dos Programas de Residência Médica poderiam firmar contrato com os Secretários Municipais e Estaduais de Saúde, na qualidade de gestores, com a finalidade de viabilizar a reordenação da oferta de cursos de Medicina e de vagas de Residência Médica e a estrutura de serviços de saúde (PMMB, 2013). Este dispositivo visava ofertar campo de prática suficiente e de qualidade, para permitir a integração ensino-serviço na área da Atenção Básica. Esta reordenação seria um esforço para tornar mais fluida a relação entre a formação acadêmica nas IES, o programa de residência médica e o serviço em campo, que é o propósito final de toda a jornada formativa. Assim, como aludido, as readequações seriam iniciadas a partir de novas Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs.

4.12 AS NOVAS DCN

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Medicina exigiam, como anteriormente dito, reformas no Projeto Pedagógico vigente da Faculdade de Medicina da UFCA. Porém, tais mudanças não encontram grandes resistências para serem incorporadas, face ao currículo já moderno, crítico e flexível com o qual o curso já houvera sido implantado.

Mais recentemente com a publicação das novas diretrizes curriculares dos cursos de medicina do Brasil, em agosto de 2014, discretos ajustes foram implantados visando adequação a estas exigências normativas, considerando que dos três eixos das DCN - EDUCAÇÃO EM SAÚDE; ATENÇÃO EM SAÚDE E GESTÃO EM SAÚDE, o último carecia de inserção pelo no PPC. (PPC, 2016, p.13)

Num cenário de formação médica voltada para a Atenção à Saúde, Gestão em Saúde e Educação em Saúde, privilegiou-se no currículo competências voltadas para a Atenção às Necessidades Individuais e Coletivas de Saúde. Como competências, seria entendido como a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com a utilização dos recursos disponíveis e resultando em iniciativas capazes de solucionar problemas apresentados à prática médica, quaisquer que fossem seus contextos, prioritariamente no cenário do SUS. Para tanto, seria baseado no desenvolvimento de habilidades que resgatavam a qualidade na realização da história clínica e exame físico, formulação de hipóteses e priorização de problemas, além da promoção da investigação diagnóstica. Como ação-chave desta prática formativa estaria o desenvolvimento e avaliação de planos terapêuticos, envolvendo sua elaboração, implementação, acompanhamento e avaliação. Na área de gestão o foco seria na organização do trabalho em saúde, com a elaboração e implementação de planos de intervenção voltados para o gerenciamento do cuidado à saúde nos diversos locais de assistência. Finalmente, a área da educação envolveria a identificação de necessidade de aprendizagem individual e coletiva, promoção da construção e socialização do conhecimento com promoção do pensamento científico crítico e o apoio à produção de novos conhecimentos (BATISTA, 2015)

Durante todo este processo de luta política, implantação, consolidação do curso e criação da UFCA, com suas marchas e contramarchas, o curso de Medicina experimentou relevantes processos de aperfeiçoamento assumindo a cada dia um perfil identitário mais aproximado de sua população assistida. Essa nova fase da FAMED, agora incorporada à UFCA foi caracterizada por processos de ampliação física e de serviços, mas também de reflexão de seu papel, aperfeiçoamento de aspectos administrativos e de seus processos de ensino e aprendizagem. Essa busca pela independência administrativa e identitária do curso passaria também pela reformulação curricular.

4.13 O NOVO PPC DE 2016

Se o currículo do curso, ainda num passado recente adaptado como expansão do Curso Médico da UFC, era orientado por um ideal de médico bem definido, o novo manter-se-ia firme neste propósito, perseguindo as características originais da sua formação. Estes objetivos já eram propostos por meio do projeto vanguardista de 2001, que alinhava novas técnicas metodológicas de ensino buscando aproximações à realidade do SUS e do mundo do trabalho

nas três linhas básicas: multidisciplinaridade/transdisciplinaridade, ética e humanismo (PPC, 2001). Em síntese, o médico ideal deveria fazer do autodesenvolvimento um mecanismo permanente de adaptação a quaisquer situações adversas que encontrasse, fosse nos campos da promoção, prevenção, tratamento ou reabilitação das pessoas nos diferentes níveis de atendimento à saúde. Seria desejado formar um profissional que encarasse com naturalidade a fusão do exercício da profissão com pesquisa e docência.

Contudo, avançando um pouco mais na história, aspectos contidos na Lei que instituiu o Programa Mais Médico para o Brasil e a Resolução nº 3, de 20 de junho de 2014, implantando as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, exigiam pequenas reformas no antigo Projeto Pedagógico do Curso de Medicina (FAMED) da UFCA.

O novo documento curricular trazia em adição ao seu longo processo reflexivo do PPC anterior considerações éticas e legais sobre a profissão. Aqui citamos os aspectos considerados: primeiro, o exercício da medicina no Brasil que encontra-se regulamentado pela Lei Federal nº 3.268 de 30 de setembro de 1957 (dispõe sobre os Conselhos Federal e Regionais de Medicina e dá outras providências); segundo, os aspectos legais da atuação profissional que estão bem disciplinados na Lei nº 12.842 de 10 de julho de 2013. Destacamos os artigos abaixo discriminados (PPC, 2016):

Art. 2º O objeto da atuação do médico é a saúde do ser humano e das coletividades humanas, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo, com o melhor de sua capacidade profissional e sem discriminação de qualquer natureza.

Parágrafo único. O médico desenvolverá suas ações profissionais no campo da atenção à saúde para:

I - a promoção, a proteção e a recuperação da saúde;

II - a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das doenças;

III - a reabilitação dos enfermos e portadores de deficiências.

Art. 3º O médico integrante da equipe de saúde que assiste o indivíduo ou a coletividade atuará em mútua colaboração com os demais profissionais de saúde que a compõem.

Contudo, sobre a legislação vigente fora apensada a Lei Federal nº 12.871, de 22 de outubro 2013, a qual instituía o Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), alterando o conjunto legislador da atividade médica, como anteriormente citado, mais precisamente as Leis nº 8.745, de 09 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 07 de julho de 1981, dando outras providências das quais de interesse ao exercício profissional médico sobressai o artigo primeiro, *ipsis literis* (PPC, 2016):

Art. 1º É instituído o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os seguintes objetivos:

I - diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde;

- II - fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País;
- III - aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação;
- IV - ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira;
- V - fortalecer a política de educação permanente com a integração ensino-serviço, por meio da atuação das instituições de educação superior na supervisão acadêmica das atividades desempenhadas pelos médicos;
- VI - promover a troca de conhecimentos e experiências entre profissionais da saúde brasileiros e médicos formados em instituições estrangeiras;
- VII - aperfeiçoar médicos para atuação nas políticas públicas de saúde do País e na organização e no funcionamento do SUS; e
- VIII - estimular a realização de pesquisas aplicadas ao SUS.

Analisando as exigências da nova legislação pode ser dito que o PPC de 2016 da FAMED já se antecipara em anos à esta reflexão e determinação governamentais. O currículo do curso de Medicina já compreendia bem o ambiente à sua volta e trabalhava suas demandas ligando os campos acadêmico ao profissional, sobretudo nos aspectos da Atenção em saúde, Educação em saúde e, por fim, Gestão em Saúde, eixos propostos pelas novas diretrizes curriculares.

Com a publicação das novas Diretrizes Curriculares em 2014, e sua normativa de reforma curricular de todos os cursos de medicina no período de um ano, ao antigo teve-se que se apensar aos EIXOS EDUCAÇÃO E ATENÇÃO EM SAÚDE que já permeavam consistentemente a grade curricular, um terceiro eixo visando adequação ao novo modelo – EIXO GESTÃO EM SAÚDE. Não obstante as pequenas mudanças adaptativas, os desafios continuam considerando-se que o sistema de saúde se encontra em franca construção e as novas metodologias de ensino médico, no Brasil, encontram-se em seu estágio inicial. (PPC, 2016)

O curso de Medicina, agora Unidade Acadêmica Faculdade de Medicina do CAMPUS Barbalha, integrando a UFCA, ainda assim não arredaria do seu norte filosófico:

O novo currículo prioriza a geração do conhecimento, tendo por objetivo as suas aplicações, estimula o aprender, propõe a substituição da memorização pelo processamento de ideias, reafirma o compromisso do médico com o ser humano ao longo de toda a sua existência desde o nascimento, na promoção da saúde e na prevenção da doença, em todas as etapas de seu desenvolvimento e formação, no tratamento das enfermidades até os cuidados paliativos, e nos seus momentos finais. (PPC, 2016)

O Diretor do curso Cláudio Gleidiston reforça estes propósitos.

A missão inicial do curso de Medicina foi [...] primeiro, descentralizar a formação médica do Estado do Ceará; segundo, formar médicos com uma visão mais generalista, que trabalhassem com as necessidades do SUS. A finalidade não era formar médicos especialistas ou sub especialistas. Mesmo assim, os cursos de Medicina hoje, mesmo com essa tendência, essa visão, esses objetivos, os cursos ainda continuam formando especialistas. (Informação verbal)²²⁰

²²⁰ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Mas compreende os limites do currículo frente ao mundo do trabalho que absorve os egressos. Ele descreve o diálogo casual com um ex-aluno da instituição que se deu no aeroporto de Juazeiro do Norte. Indagou o professor:

- Ei rapaz, tudo bom? Onde é que você está?
- Tô em São Paulo.
- Tá fazendo o que?
- Tô fazendo mão.
- Pô, tu não fez Medicina rapaz? Tá fazendo mão? (risos)
- Não, eu fiz traumato-ortopedia e agora tô fazendo mão. E eu tô gostando demais porque lá o meu hospital é especialista em mão direita! (diverte-se) (Informação verbal)²²¹

Deste exemplo o professor Cláudio considera:

[...] então ainda hoje, apesar da implantação de novas metodologias, da reforma curricular, [...] a formação médica passa pela especialização. [...] Porque o mercado de trabalho, ele não é generalista, ele é especialista. Então os cursos, eles estão dentro de uma lógica de mercado e não dá pra fugir disso. Ou se muda a lógica de mercado, ou então não vai funcionar direito. (Informação verbal)²²²

Indagado de que forma o currículo novo atende ao seu entorno caririense, o diretor Dr. Cláudio reitera o alcance do curso, pontuando que o curso não é só para o Cariri, é para o Brasil. Ele nos revela que fez um estudo, em diálogo com os professores Henry Campos, Luciano Bezerra e Marciano Sampaio, que resultaria numa proposta pedagógica, numa condução interna que levaria à consolidação do curso por meio da inserção dos alunos na rede de saúde o mais cedo possível, o que significaria uma imersão nos aspectos práticos e éticos da profissão, evitando o estranhamento comum do início da atividade.

Antes [...] o médico saía do curso[...] ele não sabia botar um consultório, porque ele não sabia o que era um alvará sanitário, da vigilância, de funcionamento. Ele não sabia fazer gestão do posto de saúde, do estoque médico... Não tinha a mínima noção de como o sistema funcionava, porque ele era treinado pra ser médico de consultório, com *raropatias*, porque os hospitais universitários trabalham com essas raridades, né? E o que Brasil precisava, e ainda precisa, é do médico que esteja na ponta do sistema. E essa ponta do sistema é o que? O SUS! E é exatamente o que esse currículo propõe, colocar o aluno desde o primeiro dia de aula dentro do sistema, em contato com os pacientes. E aí ressalva-se, não é a doença, é o doente. E não é o doente, é a pessoa! Por isso apareceu mais um tripé: Além de ensino em saúde, apareceu educação em saúde, que é outro tripé forte do curso. O médico também tem que ensinar aos seus pacientes a cortar as unhas, filtrar a água, a fazer prevenção de doenças e isso não era ensinado nas escolas médicas. O que era ensinado nas escolas era abrir cabeça, arrancar vesícula, fazer diagnóstico de síndromes raras. Aí quando o médico saía, ele ia pegar o que? Um menino com o *buchão* cheio de lombrigas, a mãe desempregada, com fome, mais cinco meninos, o pai desempregado, com uma doença biológica de cunho social, a qual ele nunca tinha visto em seu livro, nem tinha visto em canto nenhum, e daí, a dificuldade dele de se inserir no sistema. (Informação verbal)²²³

²²¹ Idem.

²²² Idem.

²²³ Idem.

O professor Cláudio estende suas críticas ao SUS, receptor primário dos recém egressos do curso médico.

Eu digo que o SUS está tendo problemas em se consolidar, porque o médico ainda está se formando com o modelo antigo e o SUS, o Programa de Saúde da Família - PSF, ele precisa do médico, não que faça só consultas, que ele trabalhe muito mais a educação em saúde do que a consulta. Claro que o ensino, a parte de diagnóstico de doença existe no SUS. Mas a educação não. E o médico de hoje, ele acha que educação em saúde não é papel dele, é da enfermeira. É por isso que nos postos de PSF quem toma de conta são as enfermeiras. Porque o médico vai lá só consultar. A gente tá tentando mudar isso colocando o aluno dentro do sistema. Ele começa desde cedo a ver o que ele vai fazer, o que ele vai encontrar lá na frente, qual vai ser a responsabilidade real dele. (Informação verbal)²²⁴

O diretor sugere em sua fala que há uma espécie de amadurecimento não apenas dos alunos, do corpo docente, mas também da instituição quando se percebe uma maior assimilação de sua missão em relação ao nosso sistema de saúde. Sobretudo, neste momento em que atinge a *maioridade*.

A gente tem notado nestes 18 anos que... tá começando aos poucos... Porque tudo que se faz na educação é a longo prazo. Você não vê a curto prazo a formação do professor, ²²⁵ você leva 18 anos pra formar um professor. Quer dizer, agora que a gente tá começando a ver pra onde é que a gente vai. Pra onde é que a gente tá indo. Nós estamos indo pra uma nova realidade, novos paradigmas, em que o médico hoje, quando se forma, ele já trabalha no PSF com uma certa tranquilidade. Mesmo que seja para passar um tempo lá pra (antes de) fazer a residência. [...] Se voltar no tempo de quando o SUS foi criado, os PSFs tinham a maior dificuldade para atrair (médicos). Só não era maior porque pagavam bem. Mas quando começou a cair o salário, sumiu gente. Agora não, a gente tá vendo uma demanda muito grande de médicos indo pra atenção básica, por causa da qualidade de vida, né? O médico da atenção básica, ele não precisa de muito recurso pra estar trabalhando lá [...] e outra coisa, não dá plantão (risos). Não tem dor de cabeça, trabalha de segunda a sexta, é um trabalho mais leve. A gente tá vendo cada vez mais os alunos buscando isso. (Informação verbal)²²⁶

Figura 104: Visita domiciliar



Fonte: Acervo do autor

²²⁴ Idem.

²²⁵ Idem.

²²⁶ Idem.

Figura 105: Visita domiciliar

Fonte: Acervo do autor

O PPC de 2016 mantinha firmes as críticas ao antigo modelo de ensino fragmentado e compartimentalizado que não resistia às transformações sociais já no final do século XX. Como resposta, o novo currículo propunha os preceitos da interdisciplinaridade, transdisciplinaridade, multidisciplinaridade valorizando o trabalho em grupo e a complementaridade de conhecimentos e ações. Ainda, convidava o próprio aluno a assumir, por meio da processos de auto-formação e auto-avaliação, o protagonismo, a liderança do processo educativo (PPC, 2016).

A tradução das propostas pelo MEC e exigidas nas DCN de 2014 restaram traduzidas na doutrina e conteúdo programático do currículo de 2016 sob quatro aspectos: 1-Técnico; 2-Ético; 3-Humano; 4-Conhecimento e prática do Sistema Único de Saúde (ênfase da gestão em saúde) (PPC, 2016).

As características originais do PPC de 2001 foram mantidas em sua: estrutura geral, ciclos básico e profissional, internato de dois anos, integração e organização por sistemas, estrutura modular, módulos sequenciais, longitudinais e optativos, horários livres, metodologia teórico-prática, acompanhamento e avaliações do aluno (inclusive a auto-avaliação) e do projeto pedagógico, incluindo professores e alunos.

4.14 ESTRUTURA CURRICULAR

A duração do curso continuaria de no mínimo seis e no máximo dez anos, para obtenção do grau de bacharel em Medicina, ofertado para 40 candidatos por semestre, em regime de horário integral, manhã e tarde, com entrada exclusiva pelo Sistema de Seleção Única (Sisu). O Projeto Político-Pedagógico apenas aperfeiçoou seu funcionamento em aproximação à realidade local e incluindo às ações educativas relacionadas ao eixo de Gestão em Saúde. Desta forma manteve-se sua estrutura geral de 12 semestres de pelo menos 100 dias letivos perfazendo 9.670 horas/aula, 4.488 delas em estágio supervisionado, o internato.

Os 12 semestres dividem-se em oito do ciclo básico (clínico), modulares, integrativos e concêntricos; seguidos de quatro semestres finais de ciclo profissional (internato) de atividades práticas. O período letivo semestral funciona por meio de atividades integradas: aprendizado baseado em problemas; atividades expositivas; avaliações no módulo, pelos docentes, e, do módulo, realizada pelos discentes.

Desde o seu início o aluno é inserido em atividades teórico-práticas no Sistema Único de Saúde – SUS através de convênios com instituições públicas e privadas que mantêm convênio com o SUS e o primeiro contato dos alunos com o ensino médico continua sendo por meio do módulo “Educação e Medicina” sob responsabilidade conjunta da coordenação do curso e do Centro Acadêmico Leão Sampaio (CALS).

Manteve-se a ênfase da malha curricular nas disciplinas longitudinais no intuito de preparar da melhor forma possível os futuros médicos para atuarem nos três níveis de atenção, sobretudo nos níveis primário e secundário.

O Conteúdo Ético e Humanístico, obrigatório, permaneceu contemplado em módulos longitudinais, demarcados pelos módulos de DESENVOLVIMENTO PESSOAL, vistos ao longo de oito semestres. A formação para conhecimento e prática do Sistema Único de Saúde, intensificada por sugestão das novas DCN estão contemplados em módulos longitudinais, vivenciados em nove semestres: ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – ABS.

O conteúdo programático técnico, também obrigatório, permaneceu ofertado em módulos sequenciais, um por vez no ciclo básico e dois simultaneamente em curso no ciclo profissional. Os objetivos dos módulos, à semelhança do descrito para o módulo de Desenvolvimento Pessoal, extrapolavam os limites de sua carga horária e por isso deveriam ser complementados em cada um dos módulos sequenciais. Ressalte-se aí a exigência das novas Diretrizes Curriculares na capacitação em Gestão de Saúde nos vários níveis de atenção à

Saúde, suportando a necessidade de se inserir atividades que cumprissem estas normativas, o que foi plenamente realizado ao longo curso.

Assim, os conteúdos técnicos complementares são oferecidos em módulos opcionais, podendo ser atribuídas também a atividades de pesquisa e de extensão, condicionadas a efetivo acompanhamento e avaliação. Estas disciplinas optativas aumentaram para 72h em cada módulo, oferecidas de forma transversal do primeiro ao quinto período e com obrigatoriedade de cumprir pelo menos 360h até o final do oitavo período (antes do internato). Ao final, atividades complementares poderão ser apensadas ao histórico escolar do aluno. As atividades complementares foram regulamentadas conforme a Resolução nº 07/CEPE, de 17 de junho de 2005, Art. 1º:

[...] as atividades complementares constituem em um conjunto de estratégias pedagógico-didáticas que permitem, no âmbito do currículo, a articulação entre teoria e prática e a complementação dos saberes e habilidades necessárias, a serem desenvolvidas durante o período de formação do estudante. (PPC, 2016, p.39)

O ciclo se fecha com quatro semestres de prática no SUS, o internato, que contempla as cinco áreas básicas da Medicina (Clínica Cirúrgica, Clínica Médica, Pediatria, Tocoginecologia e Saúde Comunitária).

Todas as disciplinas e módulos foram organizadas e sistematizadas em sete Unidades Curriculares (UC) a partir da portaria de Nº 2 de 25 de fevereiro de 2015. Esta nova disposição considerava a multiplicidade de temas e visava agrupar conteúdos de maior aproximação em eixos mais coerentes, otimizando seu diálogo e a relação professor-disciplina. As UC são dispostas assim:

- I- CIÊNCIAS MORFOLÓGICAS E FUNCIONAIS- Anatomia Humana, Histologia e Embriologia, Fisiologia, Bioquímica, Biologia Celular e Molecular, Genética e Farmacologia Geral.
- II- GÊNESE E DESENVOLVIMENTO HUMANO- Psicologia, Gênese e Desenvolvimento Pessoal
- III- MEDICINA CLÍNICA- Semiologia Médica, Gastroenterologia, Pneumologia, Infectologia, Hematologia, Neurologia, Farmacologia Clínica, Bases da Imagenologia, Geriatria e Gerontologia, Endocrinologia, Cardiologia, Nefrologia, Psiquiatria, Dermatologia, Reumatologia, Psicopatologia, Terapia Intensiva, Emergências Médicas e Internato.

- IV- CLÍNICA CIRÚRGICA- Traumatologia e Ortopedia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Cirurgia Geral, Oncologia, Urologia, Bases da Técnica Cirúrgica e Anestesiologia e Internato.
- V- SAÚDE COLETIVA- Epidemiologia e Bioestatística, Saúde Comunitária e Legislação do SUS, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde, Cultura e Ambiente e Trabalho, Bioética e Cidadania, Educação em saúde e Internato.
- VI- PATOLOGIA HUMANA E BIOAGENTES- Parasitologia, Microbiologia, Imunologia, Métodos Complementares de Diagnóstico, Fisiopatologia, Anatomofisiopatologia e Medicina Legal.
- VII- SAÚDE MATERNO-INFANTIL- Pediatria, Neonatologia, Puericultura, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde da Criança, Saúde da Gestante e internato.

As Unidades Curriculares também tinham por objetivo favorecer o trabalho interdisciplinar e transdisciplinar no âmbito do processo de ensino/aprendizagem na graduação e na pós-graduação. A política de horários livres, a orientação metodológica, atividades práticas e avaliações permaneceram essencialmente fiéis aos preceitos do PPC de 2001. Algumas considerações devem ser feitas no campo do acompanhamento e avaliação (PPC, 2016, p.124).

Assim, o novo currículo manteve seu fundamento nos mesmos princípios norteadores e objetivos do curso lançados em 2001 e materializados no ideal de médico dotado das necessárias competências e habilidades técnico-científicas, estofo ético e sentido humanista para uma sociedade moderna e em constante transformação. Adicionou-se somente, um olhar mais acurado sobre o todo da gestão em saúde de um país continental e marcado pela desigualdade de oportunidades, inclusive no acesso a esse bem primordial. O documento curricular de 2016 marca com estas palavras este *élan*.

Um olhar atento à propositura legislativa observa-se em alto relevo a imbricação do projeto pedagógico do curso de medicina da UFCA as exigências assumidas pela Lei em vigor no Brasil. Sem se arredar nem um tacho dos aspectos normativos da atividade médica o PPC da FAMED da UFCA é vanguarda, oportunizando ao egresso deste templo hipocrático o mais vasto campo de atuação médica no Brasil e, em especial, no Estado do Ceará. Estado que carece de profissionais médicos que atuem na Atenção, Gestão e Educação em Saúde, isoladamente ou partícipe de equipe multidisciplinar, quer na atividade pública, quer na atividade privada. Não diferentemente do restante do Estado do Ceará, o Cariri cearense demanda de médicos com o perfil daqueles formados na FAMED da UFCA. (PPC, 2016.p. 20)

4.15 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DOS PROCESSOS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

Avaliação de desempenho, aprovação e a progressão dos alunos no Curso, respeitando os critérios da UFCA, seguem normas específicas detalhadas no projeto pedagógico, inclusive a política de avaliação formativa servindo de parâmetro para uma autoavaliação do aluno com vistas à sua reflexão e aperfeiçoamento em tempo hábil. A avaliação dos alunos manteve a abrangência por todo o processo de formação profissional, levando em conta sua frequência nas atividades, conhecimentos, habilidades e atitudes, estendendo-se inclusive ao Internato. Em cada módulo a avaliação de desempenho do aluno deve ser feita de acordo com os objetivos determinados conforme em anexo X (PPC, 2016).

Devem ser observadas as seguintes normas:

1. O aluno poderá submeter-se à Avaliação do Módulo, quando tiver uma frequência igual ou superior a 75%. Quando a frequência for inferior a 75%, o aluno estará reprovado no módulo e no semestre. Excepcionalmente, havendo possibilidade de reposição de atividades, o Colegiado da Coordenação do Curso poderá autorizar a realização das avaliações, após a devida reposição.

2. A Avaliação do Módulo – AM – deve envolver avaliação de conhecimentos, de habilidades e de atitudes.

3. Deve ser feita também uma avaliação formativa no decorrer do módulo, não computada para as notas, que oriente o aluno quanto ao seu desempenho em tempo hábil que possibilite uma correção.

4. A AM deve ser composta de todas as disciplinas envolvidas no módulo de maneira proporcional aos conteúdos.

5. Para ser aprovado no módulo, o aluno deve obter média sete (07) e um grau de acerto de 50% das questões de cada disciplina na prova escrita.

6. Se a média do módulo for inferior a 7,0 ou superior a 4,0, o aluno estará obrigado a realizar a Avaliação Final do Módulo – AFM.

7. Se a média do módulo for igual ou superior a 7,0, mas o grau de acerto nas questões de qualquer disciplina for inferior a 50%, o aluno deverá realizar uma Avaliação Específica de Disciplina – AED.

8. Se a média do módulo for inferior a 4,0, o aluno estará reprovado.

9. A AFM deve ser composta de todas as disciplinas do módulo e o aluno deve ter média igual ou superior a 5,0 e acertar pelo menos 30% das questões de cada disciplina para ser aprovado. Do Contrário estará reprovado.

10. Se a média na AFM for igual ou superior a 5,0, mas o grau de acerto em cada disciplina não alcançar 50% das questões, o aluno estará reprovado.

11. Se a média na AFM for inferior a 5,0, o aluno estará reprovado.

12. O aluno tem direito a realizar 2ª chamada de qualquer avaliação, desde que solicitada até três dias após a 1ª chamada.

13. As AFM e AED devem ser realizadas aos sábados consecutivos ao término dos módulos, após a divulgação das AM.

14. É de responsabilidade exclusiva discente de conhecer os locais, datas e horários das avaliações, que devem ser divulgados no quadro de avisos da Faculdade de Medicina.

15. Após a avaliação o Coordenador do módulo deverá discutir em sala de aula o exame realizado, explicando teor das questões, perguntas e respostas.

16. Embora o documento de avaliação (a prova), pertença ao aluno, sua guarda é de responsabilidade da Faculdade, que deverá ser realizada por um período mínimo de seis anos.

17. As atividades integradas e as sessões e grupos de estudo, constituem parte do sistema de avaliação.

4.16 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO PEDAGÓGICO

Desde a implantação do projeto pedagógico de 2001, o primeiro do curso de Barbalha, adota-se um processo dinâmico, considerando a necessidade de permanente construção e aperfeiçoamento do projeto. Esta característica mutante e evolutiva pressupõe a adoção de um sistema da avaliação que possibilite o acompanhamento e a necessária crítica do currículo (PPC, 2016).

O sistema de avaliação a ser implantado deve ser periódico, envolvendo docentes, discentes, funcionários técnico-administrativos e consultores externos. Devem ser planejadas avaliações dos objetivos educacionais, do processo ensino/aprendizagem, de alunos, de professores e da Instituição. Para tanto foi instituído o Núcleo Docente Estruturante (NDE) como lugar de constante reflexão colegiada sobre a efetividade de cada aspecto do currículo implantado.

Ao final de cada módulo uma avaliação do funcionamento global do módulo, inclusive do desempenho docente será realizada pelo Coordenador do Semestre [...] com os alunos do módulo. Esta avaliação será encaminhada para o NÚCLEO DOCENTE ESTRUTURANTE - NDE [...]. Os dados obtidos serão tabulados, avaliados pela estatística descritiva e analítica, posteriormente apresentado a comunidade acadêmica, através de CARTAZES. O resultado de cada consolidado servirá de base para o NDE propor mudanças e adequações no PPC. (PPC, 2016.p.42)

4.17 RECURSOS HUMANOS EM AÇÃO

À época do novo PPC (em 2016) o campo de atuação da FAMED Cariri estimava em cerca de 600.000 habitantes a população atendida, demandando assim cerca de 600 médicos para assistir esta população. De forma bastante lúcida considerava-se que o número de médicos em atividade em concordância com o perfil proposto pelas normas legais não chegasse a 100 e que sua maioria estivesse atuando em Juazeiro do Norte, maior cidade. Desta forma, haveria uma necessidade premente de abastecer este limbo assistencial. Precisamente neste campo o curso de medicina da UFCA é vanguardista na formação de quadros adequados a esta demanda social e agora legal. A FAMED já atuava em pelo menos 700 postos de atenção primária de saúde (Unidades Básicas de Saúde - UBS), em torno de 50 postos de atenção secundária, e uma vasta rede hospitalar carente de médicos com perfil generalista e especialista, que estendendo-se do clínico geral ao sub especialista em várias áreas da especialidade médica (PPC, 2016, p.20). O documento curricular de 2016 põe em perspectiva o lugar que o curso já havia conquistado: “Configura-se, dessa forma, como de grande relevância o Curso de Medicina da UFCA, não só para a Região do Cariri, como para toda a Região Nordeste, por seu eixo curricular está sintonizado com as políticas de saúde mais relevantes” (PPC, 2016. p.10)

O curso de Medicina de Barbalha, fundado em 2001 com oito professores substitutos, contava com corpo docente constituído de 60 professores em 2009, ao graduar suas primeiras turmas de médicos e em 2016, a FAMED/UFCA já era constituída por 71 docentes, dos quais vinte e um doutores; 38 mestres e os demais especialistas. Cerca de 03 professores da

Universidade, não pertencentes a FAMED auxiliavam sempre na ministração das atividades didático-pedagógicas. O corpo discente constituía-se de 240 alunos, sendo que em 2016 estava representado por cerca de 60% nordestinos, 40% cearenses e 40% de outras regiões do Brasil. Em torno de 25% dos alunos cursam o internato nos dois anos finais. Como apoio ao funcionamento da FAMED a Universidade já disponibilizava 20 Servidores técnico-administrativos.

Cabe aqui um destaque aos Professores Hidemburgo Gonçalves Rocha (químico), Evanira Rodrigues Maia (enfermeira) e Gislene Farias de Oliveira (psicóloga), professores fundadores do curso e ainda em atividade (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.7). A professora Gislene Farias de Oliveira, por exemplo, além do trabalho pedagógico, de orientar e ensinar, incorpora o Núcleo Psicopedagógico, o qual iniciou só e hoje conta com mais professores. Seu trabalho envolve desde a avaliação de desempenho de professores e servidores, a orientação de questões acadêmicas relacionadas a projetos de pesquisa e extensão junto aos alunos, bem como atendimento das questões pessoais, bastante presentes no momento, segundo ela (Informação verbal)²²⁷.

Ainda destacamos que a formação do curso de Medicina da UFCA atraiu alguns de seus alunos para o magistério. Alguns egressos do curso que de alunos passaram a professores da instituição. Professores Thaís Tavares Sampaio (psiquiatria) e Sávio Samuel Feitosa Machado (patologia) trocaram os bancos escolares pelo ensino e continuam contribuindo com a instituição que os formou (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.7). A professora Thaís chega a relembrar de um tempo em que cursar Medicina era um sonho já distante, mas filha e sobrinha de professores universitários, inclusive do curso médico, foi um incentivo a mais para a escolha da docência após sua pós-graduação em psiquiatria, atividade que divide com a clínica privada (Informação verbal)²²⁸.

Já a professora Emille Sampaio Cordeiro, da disciplina de atenção básica em saúde, especialista em saúde da família e mestra em saúde pública além de ensinar assumiu cargos no Núcleo Docente Estruturante (NDE) e atualmente coordena o curso de Medicina da UFCA (UFCA, 2019). Sua trajetória de fato, como de alguns colegas, a traria de volta para sua antiga

²²⁷ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²²⁸ Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

casa. Primeiro brevemente como professora substituta, depois como efetiva. Após fazer pós-graduações na área chegou ao cargo de coordenadora. “eu sempre quis docência. Mas não foi algo imediato. Eu sempre imaginei que precisaria de uma bagagem muito maior. Foi uma surpresa estar na docência. Surpresa maior ainda me tornar coordenadora (Informação verbal)²²⁹.

4.18 INFRAESTRUTURA DA FAMED

Figura 106: Vista do CSA e FAMED Barbalha



Fonte: Arquivo de fotos históricas do CSA e Jornal do Médico, 2016

Atualmente o campus Barbalha ocupa toda a quadra de 5.179,66m² de área total abrigando em 2.500,00m² de área construída o Curso de Medicina, oito dos cursos de Pós-Graduação da Universidade (seis deles, Residências Médicas) e ambulatório com 16 especialidades para atendimento ao público externo – intermediado pela Central Municipal de Marcação de Consultas e Exames de Barbalha (CREMU) (UFCA, 2019).

Para cumprir esta missão em toda sua envergadura o curso de medicina da Universidade Federal do Cariri, na Unidade Administrativa – CAMPUS Barbalha conta com estrutura à altura. O prédio que abriga a unidade acadêmica Faculdade de Medicina, estrutura organizacional da Universidade Federal do Cariri responsável pelo acolhimento do aludido

²²⁹ Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

curso em suas vertentes administrativas e pedagógicas, como discriminadas abaixo como constam no relatório de gestão referente ao ano de 2018 (UFCA, 2019).

1. ADMINISTRATIVO: Formado de salas interligadas para fornecer suporte à organização administrativa da Faculdade e do curso de medicina: Sala da Direção, Secretaria executiva, Secretaria da Coordenação e dos Núcleos de Apoios.

2. ACADÊMICO-PEDAGÓGICO: Formado por nove salas de aulas (climatizadas, com capacidade para 40 alunos com suporte completo de multimídia e internet) 04 salas de atividades tutoriais (salas para pequenos grupos de discussão segundo o ABP), Laboratórios de microscopia 01 (histologia e histopatologia), microscopia 02 (parasitologia e microbiologia), Laboratório Multidisciplinar de apoio à Bioquímica, Fisiologia e Farmacologia, Laboratório de Microbiologia e Parasitologia, Laboratório de Imunofarmacologia, Sala de Preparos e pesagem, sala de lavagem e esterilização, Laboratório de Apoio à Pós-Graduação; Laboratório de Histopatologia com Serviço de Patologia Cirúrgica, Citopatologia e Serviço de Verificação de Óbitos (autópsias clínicas); anfiteatros para aulas práticas de Anatomia e Patologia; Biblioteca; Laboratório de Informática e Biotério;

Figura 107: Laboratórios de estudos da FAMED Cariri





Fonte: Acervo do autor

3. SUPORTE ADMINISTRATIVO PEDAGÓGICO: Sala de Reunião Docente, Almoxarifado, Sala de Arquivo Morto, Auditório, Laboratório de Manutenção e Ajuste de Equipamentos, Copa, Sala de Material e Limpeza.

A faculdade também conta com espaços para estudo, pesquisa como laboratórios que prestam apoio a graduação com intensa atividade nas áreas de pesquisa, extensão e em aulas práticas não só na graduação como em pós-graduação, inclusive programa de Residência Médica. Estas São eles:

I- Laboratório de Patologia Experimental – LAPEX.

Realiza estudos histopatológicos humanos e em animais com colorações de rotina, histoquímica e imuno-histoquímica, além de microscopia de fluorescência; dosagens em líquidos corporais e em material oriundo de cultura de células através de espectrofotometria e enzimaímunoensaio em placas; isolamento, cultura e preservação de microrganismos patogênicos de interesse médico, especialmente sobre a *Leishmania sp.* patógeno endêmico na região. O laboratório é um dos poucos na região a realizar testes sofisticados como o de PCR (Reação em Cadeia da Polimerase) com revelação em gel, em tempo real e sequenciamento genômico. As linhas de pesquisa estão voltadas para doenças infecciosas e parasitárias, especialmente àquelas da Região do Cariri. O laboratório ainda realiza estudos de autópsia em apoio ao Serviço de Verificação de Óbitos (SVO) auxiliando no esclarecimento das causas de óbitos naturais e na elaboração de políticas públicas neste sentido. Outra atuação deste equipamento é o estudo de extratos de plantas locais em busca de princípios ativos efetivos em doenças infecciosas e linhagens de células tumorais mantidas em laboratório. Como atividade

afim investiga também a fauna vetorial e reservatórios de doenças endêmicas heteroxênicas ou de animais com possível capacidade de transmissão para humanos.

II- Laboratório de Doenças Cardiovasculares e Metabólicas – LIFE.

A principal linha de pesquisa desenvolvida neste grupo tem como objetivo a compreensão dos mecanismos moleculares envolvidos em processos patológicos cardíacos. Nele são utilizadas abordagens bioquímicas, de biologia molecular e de fisiologia. Os projetos que estão sendo trabalhados no laboratório visam compreender a base molecular da hipertrofia cardíaca e como a manipulação mitocondrial pode ser usada para entender ou alterar o perfil bioquímico, fisiológico e bioenergético de um coração hipertrofiado ou em insuficiência cardíaca. Também se investigam como a desnutrição muda o perfil metabólico de ratos submetidos à desnutrição durante gravidez e lactação. Outro ponto de interesse é o estudo de mecanismos de proteção de coração contra eventos de isquemia e reperfusão miocárdica a fim de propor intervenções que venham a diminuir ou evitar efeitos danosos desses processos patológicos em humanos.

III- Laboratório de Microbiologia Médica – LAMIP.

Este laboratório foi montado para subsidiar atividades de ensino, pesquisa e extensão na Faculdade de Medicina do Cariri, voltadas para o diagnóstico microbiológico de agentes patogênicos ao ser humano, incluindo bactérias, fungos, protozoários, helmintos e vírus. Entre outros procedimentos, são realizadas coletas de amostras clínicas, colorações diversas, bacterioscopias, culturas microbianas, determinação de perfis de sensibilidade a antimicrobianos (antibiogramas), isolamento, identificação de microrganismos patogênicos através de testes bioquímicos, imunológicos e moleculares. Dentre seus projetos de pesquisa em curso destacam-se: 1- Carcinoma epidermoide oral: significado da expressão imunohistoquímica no citoplasma e na membrana citoplasmática da E-caderina; 2- Carcinoma de células escamosas oral: relevância do Papiloma vírus humano (HPV) e do vírus Epstein-Barr (EBV) na expressão das proteínas p16INK4a, E-caderina, COX-2, MLH1, p53 e MYC; 3- Infecções do trato urinário associadas ao uso da sonda vesical de demora: perfil de sensibilidade/resistência dos microrganismos isolados.

IV- Laboratório de Escrita Científica – LABESCI

Promove a cultura acadêmica-científica através da capacitação de discentes e docentes para a redação e publicação de artigos científicos, estabelecendo a priori espaços de

convergências entre leitura, escrita, produção e autoria. Está fundamentado na perspectiva da lógica da ciência e nos espaços de diálogo interdisciplinar entre estratégias adequadas ao perfil do pesquisador atual e o usufruto da escrita científica no plano prático da ambiência acadêmica. Nessa perspectiva, tem como objetivo auxiliar na capacitação de estudantes e pesquisadores para a redação e publicação de artigos científicos – com base na lógica das atuais exigências científicas. Atua nas seguintes linhas de pesquisa: Saúde Comunitária e seus determinantes sociais; Neurogenética; Patologia Tropical; Saúde, Gênero e Sociedade; Oncologia; Microbiologia Médica; Neurociência Comportamental; Medicina Regenerativa; Doenças Cardiovasculares; Medicina Esportiva e Saúde de Refugiados.

Para além das salas de aula a faculdade de Medicina conta também com serviços de apoio ao processo de ensino e aprendizagem com maior fortalecimento da relação teoria-prática por meio de ações de extensão, pesquisa e na prática médica. Alguns já citados e estruturados durante sua primeira década de funcionamento, os quais foram ampliados. Dentre estes equipamentos do suporte acadêmico-pedagógico detalhamos aqui os seguintes:

V- Serviço de Verificação de Óbitos (SVO – Barbalha).

Estrutura da Vigilância Epidemiológica e Sanitária da Secretaria de Saúde de Barbalha passou a estender seus serviços aos demais municípios da região do Cariri. Faz parte da Rede de Serviços de Verificação de Óbitos do Ministério da Saúde, parceira da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri. Como anteriormente citado, realiza autopsias clínicas em parceria com o Laboratório de patologia Experimental – LAPEX, situado em contiguidade às suas instalações e para onde são enviados os materiais biológicos. Sua atuação visa a investigação, diagnóstico e pesquisa de doenças de notificação compulsórias e outras de interesse da saúde pública, seus aspectos clínicos, epidemiológicos, tanatológicos e laboratoriais por meio do estudo. Os resultados dos procedimentos diagnósticos subsidiam pesquisas clínicas de natureza de saúde pública com forte impacto na formação de políticas públicas nos Municípios locais. Ademais, são desenvolvidos ensaios visando entender processos patológicos gerais e testes que possam subsidiar diagnósticos in vivo.

VI- Biotério - BIOEXA.

É uma estrutura criada com o objetivo de fornecer aos pesquisadores as condições técnicas e de infraestrutura necessárias para o desenvolvimento de ensaios nas diversas áreas da Medicina, além de promover o bem-estar dos animais mantidos para fins de experimentação. Dentre as atividades desenvolvidas destacam-se a manutenção de linhagens de camundongos,

ratos e coelhos, a realização de pequenas cirurgias e eutanásia de cães e a coleta de material em animais infectados com fins de pesquisa. Neste contexto, o BIOEXA possibilita a realização de aulas práticas da graduação e iniciação científica e a implantação futura de projetos de pesquisa na pós-graduação.

VII- Biblioteca

Fundada em 2001, junto com a expansão do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) em Barbalha, a biblioteca da faculdade de Medicina da UFCA foi acrescida da Estação da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde/Brasil-BVS em 2009. Após seu desmembramento da UFC em 2013 a Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFCA integra o Sistema de Bibliotecas da UFCA, composto pelas bibliotecas dos campi Juazeiro do Norte, Crato e Barbalha.

O objetivo da Biblioteca da Faculdade de Medicina é dar apoio informacional às atividades desenvolvidas pela FAMED/UFCA, além de atender à comunidade acadêmica de outras instituições públicas e particulares que ofertam cursos na área de saúde (alunos de graduação, pós-graduação, pesquisadores, docentes e técnico-administrativos) inserida no meio acadêmico nos Hospitais situados na Região do Cariri que com ela mantêm convênios.

Destacamos aqui a envergadura do serviço de biblioteca, dando suporte ao estudo e produção científica da instituição além da elevação cultural. Identificada oficialmente como Biblioteca FAMED/UFCA funcionava de segunda-feira a sexta-feira de 07h00min as 18h00min, posteriormente depois de 2016 estendendo-se até às 19h00min e aos sábados das 08 ao meio dia. Apenas nas sextas-feiras o atendimento é suspenso das 09h00 às 10h30 para a limpeza semanal. Seu funcionamento fica sob a responsabilidade da bibliotecária coordenadora Kécia Silva Damasceno, contando ainda sempre com assistentes em administração, de 2016 a 2018 Élcio de Sousa Barbosa e Geraldo Arthur Brito dos Santos, uma colaboradora de uma empresa prestadora de serviços de Recepção à UFCA, no mesmo período a Sra Regiane Felix Pereira, além de dois bolsistas do Programa de Iniciação Acadêmica da UFCA.

Desde sua fundação no ano de 2001, junto com a expansão do Curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) em Barbalha, a biblioteca da faculdade de Medicina da UFCA nunca mudou de local. Encontra-se ao sopé das escadarias de acesso ao segundo andar do prédio, logo defronte ao átrio central que recepciona o corpo acadêmico, servidores e visitantes. Instalada em uma área física climatizada com 359 m², distribuída da seguinte forma:

- Área do acervo bibliográfico de livros e acervo de periódicos da área de saúde, principalmente, da área médica;
- Apoio Administrativo/Desenvolvimento e Processamento Técnico do Acervo
- Salão de estudo com espaço para 100 usuários,
- 02 (duas) salas para estudo em grupos com capacidade para 30 pessoas, Salão de estudo e treinamento
- 04 (quatro) cabines individuais de estudo, setor de computadores, abrigando seis terminais, com acesso livre à internet;
- Estação da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde/Brasil-BVS.
- Coordenação/Apoio à Pesquisa;
- Coleções de Obras Raras e Especiais;
- Circulação de Materiais/Restauração;
- Centro de Distribuição do Programa Ampliado de Livros-texto e Materiais de Instrução-PALTEX da OPAS/OMS.
- Setor de Divulgação e Promoção da biblioteca e de informações científicas na área da saúde;

O espaço também dispõe de internet gratuita por wi-fi. Sua responsável e colaboradores também ficam acessíveis pelos telefones: (0XX88) 3312-5008 / 5598 Fax: (0XX88) 3312.5008, podendo ser acessados também pelo sítio www.biblioteca.ufc.br e pelo e-mail: bmb@ufca.edu.br.

É possível, além do atendimento pessoal na biblioteca, acessar a vários serviços por meio eletrônico on-line como: Sistema de autoatendimento (serviços on-line através da homepage da biblioteca), Consulta Local/ Empréstimos/ Devoluções/ através do Sistema on-line Integrado de Bibliotecas Pergamum, Serviço Cooperativo de Acesso a Documentos-SCAD/BVS, acesso livre ao Portal de Periódicos da CAPES, aos e-books das editoras Ateneu e Springer, à Estação da Biblioteca Virtual em Saúde/BVS (Ministério da Saúde) e livros eletrônicos. fornece também emissão de comprovante de quitação (nada consta), além de serviços de auxílio aos usuários como elaboração da catalogação na publicação (referente à produção intelectual/monografia dos alunos da pós-graduação em residência médica), treinamentos em fontes de informação em ciências da saúde, atendimento individualizado e a pequenos grupos com até 3 pesquisadores (referente à publicação de artigos científicos e normalização de pesquisas acadêmicas segundo as Normas de Publicação da Associação

Brasileira de Normas Técnicas - ABNT e as normas editoriais internacionais do Comitê Editorial de Vancouver na área de Ciências da Saúde), e ainda visitas guiadas a grupos de pesquisadores externos.

Até o ano de 2016 a biblioteca da FAMED possuía cadastrados em seu quadro de acesso 310 alunos de graduação, 35 alunos de pós-graduação em Residência Médica, 66 professores e 24 técnico-administrativos vinculados diretamente ao Curso de Graduação em Medicina da UFCA PPC, 2016). Além deste público local a biblioteca ainda atende aos alunos pertencentes a qualquer curso de graduação ou pós-graduação da UFCA/UFC, pois funciona integrada ao Sistema de Bibliotecas da UFCA/UFC. Além dos alunos e docentes ligados à Medicina, seu público mais frequente, a biblioteca ainda atende aos alunos pertencentes a qualquer curso de graduação ou pós-graduação da UFCA/UFC, pois funciona integrada ao Sistema de Bibliotecas da UFCA/UFC. Este sistema em rede dá apoio à comunidade externa difundindo informações relativas à área de Medicina e às outras áreas das Ciências da Saúde. As bibliotecas que hoje compõem o Sistema de Bibliotecas da UFCA foram criadas no período de 2001 (Curso de Medicina/Barbalha), 2007 (Juazeiro do Norte) e 2012 (Curso de Agronomia/Crato). O Sistema, atualmente, atende aos cursos de graduação em Administração de Empresas, Administração Pública, Agronomia, Biblioteconomia, Comunicação Social/Jornalismo, Design de Produtos, Educação Musical, Engenharia Civil, Engenharia de Material, Filosofia e Medicina e aos cursos de pós-graduação em Desenvolvimento Regional Sustentável e Matemática (*stricto sensu*), Residência Médica (*lato sensu*) (PPC, 2016, p. 27).

O acervo impresso da biblioteca da faculdade de Medicina evoluiu desde incorporação à UFCA em 2013 a até o controle interno de 2016. Neste período de apenas três anos o acervo que possuía aproximadamente 650 títulos de livros e 2.300 exemplares passou a contar com 767 títulos e 2.917 exemplares já catalogados e cerca de 300 exemplares a catalogar ainda até o final de 2016. Mantém também uma coleção de exemplares bibliográficos de livros e periódicos impressos considerados, segundo critérios de raridade, como acervo denominado Coleções Especiais, o qual contava com 80 títulos e desde 2016 é composto por cerca de 99 títulos de livros e 281 periódicos e fascículos relacionados à área de Ciências da Saúde, incluindo a Revista da Faculdade de Medicina da UFC desde o ano de 1964. Para consulta local, dispunha de periódicos impressos com cerca de 40 títulos, passando a 114 títulos e dos 90 exemplares a 807, à parte ainda do acervo composto pela produção intelectual dos seus professores e alunos da pós-graduação em Residência Médica, de 37 obras a 44, entre monografias, dissertações e teses.

No formato de mídia eletrônica (CDs e DVDs) passou de 125 a 150 exemplares para empréstimo domiciliar. Dispõe também de acervo on-line (livros eletrônicos) das Editoras: Ateneu e Springer com quase 12.000 títulos na área de Ciências da Saúde em texto completo que podem ser consultados dentro e fora da Universidade através do hiperlink: <http://ufc.dotlib.com.br/>.

Seu acervo é disponível tanto em suas dependências como por meio digital, *on-line*. O acesso on-line ao Portal de Periódicos da CAPES e à BVS é gratuito e disponibilizado por rede de internet sem fio (wireless) à comunidade acadêmica interna e externa. Somente o portal de periódicos da CAPES conta com um acervo de mais de 37 mil publicações periódicas com texto completo, 126 bases referenciais, 11 bases dedicadas exclusivamente a patentes, além de livros, enciclopédias e obras de referência, normas técnicas, estatísticas e conteúdo audiovisual, inclusive da área da saúde.

Além da BVS o sistema de bibliotecas da UFCA dispõe em quaisquer de seus pontos acesso aos seguintes portais:

- [Portal de Periódicos da UFCA](#)
- [Biblioteca de teses e dissertações do IBICT](#)
- [Scientific Eletronic Library Online](#)
- [Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal](#)
- [Programa de Informação para Gestão de Ciência, Tecnologia e Inovação do Instituto Brasileiro de informação em Ciência e Tecnologia](#)
- [Portal para periódicos de livre acesso na Internet](#)
- [Directory of open access journals](#)
- [Cultura acadêmica](#)
- [Dicionário Michaelis](#)
- [Memórias Kariri](#)
- [Deposita](#)
- [Diadorim](#)
- [Ibict](#)
- [Oasisbr](#)

Desenvolvido através da política de aquisição, o acervo da biblioteca da FAMED é doação e permuta de exemplares bibliográficos. O Processo de Aquisição de materiais bibliográficos que compõem o acervo é realizado anualmente através de editais de compra lançados pelo Sistema de Bibliotecas da UFC (durante o período de transição para o Sistema

de Bibliotecas da UFCA) no qual as coordenações de curso de graduação e pós-graduação possuem a oportunidade de enviar listas de sugestão de compra de exemplares bibliográficos (nacionais e internacionais) que compõem, obrigatoriamente, a bibliografia básica das disciplinas/módulos do curso. Além desta solicitação, por parte da coordenação do curso, existe uma segunda seleção feita pela biblioteca baseada nos títulos que possuem maior quantidade de reservas ou que são sugeridos por usuários. A biblioteca é responsável pela unificação dos dados e pela formalização da proposta que após aprovação do colegiado do curso de medicina é posteriormente encaminhada à Divisão de Desenvolvimento do Acervo da UFCA que através da Comissão de Seleção de Acervo, considerando o disposto na Lei 8.666/1993, realiza a melhor adequação dos recursos financeiros disponíveis, considerando o montante final destinado à aquisição de exemplares bibliográficos disposto no edital ofertado, cerca de 01 milhão e seiscentos mil reais anuais. Tal seleção segue os critérios dos indicadores do Ministério da Educação do Brasil que considera a aquisição de 01 exemplar para cada 08 usuários. Baseando-se na Política de Desenvolvimento do Acervo da UFCA, a Biblioteca da Faculdade de Medicina da UFCA recebeu a aquisição de 93 títulos (nacionais e estrangeiros) e 279 exemplares na área de Ciências da Saúde só no ano de 2012/2013 (PPC, 2016).

Ainda que bastante acessada pelo público diverso a biblioteca da FAMED não se mantém na passividade. **Eventos, campanhas e projetos são continuamente encetados no sentido de promover maior interação seus usuários, tais como:**

- Concurso Usuário Destaque
- Concurso Usuário do Ano
- Certificado Amigo da Biblioteca
- Campanhas de Conscientização em Saúde
- Campanhas de Responsabilidade Social
- Campanha de Preservação do Acervo Bibliográfico
- Oficina de Restauração do Acervo Bibliográfico
- Projeto Descobrimo a Biblioteca (apresentação dos serviços aos novos alunos)
- Projeto de Pesquisa em Fontes de Informação em Ciências da Saúde
- Projeto de Pesquisa em Gestão de Biblioteca Especializada.

Em 2016, o reitor Dr. Ricardo Luiz Lange Ness anunciava como já pronto um projeto arquitetônico para a FAMED, que se executado ampliará a capacidade de ensino, pesquisa e

serviço da instituição por meio da “[... construção de ambulatórios, laboratórios, gabinetes para professores, ampliação do número e tamanho das salas de aula...]”, tudo orçado então em quatro milhões de reais (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p. 5). Contudo, até o fechamento da pesquisa, não se registra o início da obra.

4.19 ASPECTOS DA GESTÃO ACADÊMICA

A autonomia de gestão e planejamento sempre foi um desejo e propósito do curso, estando ligado à UFC ou à UFCA. A primeira coordenadora do curso, Dra. Gislene Farias de Oliveira nos relata que a autonomia decente existiu desde o início, embora sob partilha de informações e supervisão da UFC em Fortaleza (Informação verbal)²³⁰. Esta espécie de liberdade vigiada era restrita ao ensino. Quanto à gestão, havia forte dependência das decisões centrais em Fortaleza. Segundo o seu diretor, professor Cláudio Gleidiston, comparativamente à UFC, a UFCA já iniciou suas atividades com um novo modelo de administração. Primeiro em relação à descentralização. Ao longo das décadas de 1960, 70 e 80, entre idas e vindas, a universidade terminou por fazer um caminho de abertura e descentralização, afastando-se de “verdadeiros prédios encastelados” (Informação verbal)²³¹. Esses conceitos foram, na opinião do diretor, incorporados pela UFC, que faria movimento em direção ao interior, primeiramente com a expansão, que foi o seminal curso de Medicina, em seguida com a estruturação de novos cursos superiores federais agregados a um campus avançado, que na verdade já nasceria com estrutura multicampi, beneficiando várias cidades desde seu início. As mudanças na estrutura de departamento também seriam coisas do passado. A Universidade Federal do Cariri já nasceria tendo como unidade os cursos. Voltando à metáfora medieval, Dr. Cláudio considera que a universidade funcionava com vários *castelos* menores ligados ao grande *castelo central*, onde ficava o *senhor feudal*. Mas que, os *castelos pequenos* não se entendiam, não partilhavam. Atualmente os cursos são independentes, mas trabalham harmonicamente num contexto multidisciplinar, partindo agora, segundo ele, para um diálogo transdisciplinar, inclusive com o nosso sistema de saúde:

²³⁰ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²³¹ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

Sair da Medicina e ir lá para a física, ir lá para a educação[...] transversalmente sair, porque a gente trabalha com o ser humano, e o ser humano tem isso, é um conjunto de coisas e não um pedaço. Até a gente alcançar isso vai demorar porque ainda hoje a modernidade está dentro da gente, a visão cartesiana, de Descartes e Newton, que é configurar o mundo como um relógio que para entender tem que desmontar parte por parte. [...] O médico ainda é cartesiano. Você chega no consultório com dor de estômago, [...] o *cara* vai lá e faz uma endoscopia, trata. Aí você diz: doutor, me deu uma dorzinha de cabeça quando tomei esse remédio. E a primeira coisa que ele faz é mandar você pra um *neuro* (neurologista). Você vai pro neuro e ele pede uma ressonância (ressonância nuclear magnética), uma tomografia e passa outra medicação. Aí você começa a tomar e dá uma taquicardia. Volta pro neuro, e ele diz: vá pra o cardiologista! Quer dizer (exasperado): a Medicina ainda é newtoniana, é cartesiana, é fragmentada. Mas nós estamos começando a mudar. A política do SUS [...] começa a ver o indivíduo como um todo. [...] O difícil está sendo a gente se adequar à realidade, o SUS é muito moderno. Eu digo: o maior e melhor plano de saúde do mundo! [...] É fantástico o SUS. (Informação verbal)²³²

Sobre a formação médica, na opinião do professor Hidemburgo Gonçalves Rocha, independe de vultosos investimentos financeiros, ou pelo menos, não em grandes estruturas físicas. Perguntado sobre a dotação financeira para suas atividades ele se ressentiu: “tá fraca viu? A gente vai dar uma aula prática e não tem nem reagente, é preciso fazer cota com o aluno”. Se você quer um curso bom, era pra ter disponibilidade de professor. Porque aí é onde muda. Não são coisas grandiosas, prédios bonitos, que as universidades estão precisando. É de coisinhas simples, é de reagente, é de equipamentos. Não equipamentos sofisticados para pesquisa, mas para aula. (Informação verbal)²³³.

Em sua opinião, o professor Hidemburgo enfatiza o papel de iniciativas simples voltadas para agregar valor do ensino como o mais efetivo na vida de um profissional. E propõe um ponto de foco para o aluno: “Pra que adianta você ser um médico, ter um monte de trabalho publicado e não saber de nada?” E continua descrevendo um certo temor adquirido com a experiência de quem passou por várias universidades: “Eles isolaram o ensino [...] já passei por cinco faculdades. Eles isolaram o ensino, não tão mais ligando para o ensino, tão ligando pra suas aulas individualmente. [...] resolve seu probleminha e deixa todo mundo contente na aula”. (Informação verbal)²³⁴.

²³² Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²³³ Entrevista concedida por Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha. Entrevista IV. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²³⁴ Idem.

O professor Hidemburgo defende, contudo, a aplicação de recursos a fundo perdido em pesquisas inovadoras, desatreladas a interesses econômicos mais urgentes ou contemporâneos e cita exemplos de empresas norte-americanas que nasceram de pequenas iniciativas.

Por exemplo, uma cirurgia torácica, que não tenha nos Estados Unidos, vamos desenvolver aqui, coisas práticas. Mas pelo menos 10% *pras* pesquisas doidas (SIC). Mas o CNPq não faz. Porque ele pode chegar no meio do caminho, não dar nada certo. Ele vai passar por ridículo, vai perder as verbas, o aluno vai se prejudicar. Então criou-se uma ciência viciada, onde tudo é feito pra que no fim dê certo. As *universidades americanas* (SIC) é tudo fundo de quintal. A Microsoft né? [...] vamos dar dinheiro pra esses pesquisadores se atreverem. Sem medo, mas com responsabilidade. Você tem que mostrar pra onde você encaminhou (o dinheiro) e não deu certo. Senão você nunca vai se atrever e dizer: ‘vou criar uma nova metodologia, vou criar a luz de LED’. Nunca rapaz! No Brasil, criar luz de LED? Só se ele for doido. E se essa desgraça não chegar lá? O ridículo que ele vai passar? Ridículo. Perder verba, perder tudo. Tava viciada a pesquisa. (Informação verbal)²³⁵

Já sobre a estrutura Indagado sobre a estrutura uma potencial ampliação do parque da saúde, em relação a outros cursos ligados à Medicina, o diretor da FAMED Barbalha considera sua estrutura já grande, com muito a oferecer e percebe uma subutilização. Mas que para este feito, o de viabilizar e tutelar outros cursos na área de saúde, o curso médico ainda não estaria suficientemente consolidado. Além das limitações em suficientes campos de estágio, o diretor revela que gostaria de ter um corpo docente mínimo, executando pelo menos 90% do projeto pedagógico do curso ao que se propõe, ter pesquisa aplicada e pesquisa não aplicada, ligadas à pós-graduação, não apenas mestrado e doutorado, que visam formar docentes, mas principalmente consolidando a residência médica. Quanto à residência médica, o diretor cita as áreas básicas, de clínica médica, cirúrgica, entre outras, mas aponta como principal a residência em Medicina de Família e Comunidade. O diretor revela que planos tem se desenvolvido para ampliar o aspecto da pesquisa, inclusive na residência e acredita que o curso não está longe de consolidar-se (Informação verbal)²³⁶.

A atual coordenadora reconhece que uma das dificuldades do curso médico, enquanto eminentemente prático, é a inserção precoce dos alunos nos campos de estágio. Mesmo nos órgãos públicos, com gestão consorciada e extremamente burocrática:

[...] nós precisamos ter preceptores, médicos nos serviços, que não necessariamente são docentes, mas que vão receber nossos estudantes. E esses médicos precisam ter formação para preceptoria e serem valorizados como tal. É um desafio inserir nossos estudantes tanto na atenção primária, como secundária e terciária. Um exemplo é a policlínica de Barbalha, inaugurada há seis anos. Só esse ano foi assinado convênio para que seja campo de prática do curso de Medicina, apesar de ser um equipamento de saúde estadual, situado no município sede do curso de Medicina da UFCA. Duas entidades públicas, dividindo o mesmo território municipal. Nós demoramos para

²³⁵ Idem.

²³⁶ Idem.

conseguir o convênio e agora, com o convênio já firmado, nós ainda não definimos quais os ambulatórios que vão receber nossos estudantes porque precisamos de uma devolutiva da gerência do equipamento de saúde de quais ambulatórios, quais turnos, quais profissionais serão mobilizados. (Informação verbal)²³⁷

Na atenção primária a coordenadora também percebe o gargalo frente ao grande número de estudantes e falta de preceptores. Além da instabilidade da atual política de atenção básica.

Precisamos estar sempre pedindo aos médicos para serem preceptores, apesar de termos convênio com a prefeitura. E há uma flutuação muito grande de médicos na atenção primária. A maioria é de contratados e mesmo quando tem médico concursado, eles saem para a residência (médica). Então a gente conquista aquele preceptor, ele recebe durante seis meses o estudante, mas no ano seguinte já não é mais nosso preceptor. (Informação verbal)²³⁸

A saída, segundo a coordenadora, foi ampliar os campos de estágio para além de Barbalha. Ela revela que atualmente a UFCA tem alunos estagiando em Crato, Juazeiro do Norte, Missão Velha e Farias Brito, cidades nas quais teve grata surpresa em encontrar boas estruturas de atenção primária.

A professora Emille Sampaio reconhece o apoio dado por instituições parceiras desde o início do curso, como o Pronto Atendimento Médico – PAM, o Posto da Grota (Ambulatório de Especialidades), ambos no Crato, o Centro Materno-Infantil em Barbalha, entre outros. Mas aponta o esforço próprio como saída:

O ambulatório médico da FAMED. Até minha graduação não tinha ambulatório da FAMED. Hoje nós temos uma estrutura parca, com debilidades, mas que é uma estrutura física da própria universidade, em que os docentes podem fazer o processo assistencial voltado para o ensino. Isso é uma conquista. (Informação verbal)²³⁹

Quanto à atenção terciária, o grande avanço se deu mais recentemente por meio de convênio com o Hospital Regional do Cariri (HRCa), o qual além do internato, recebe também residência médica nas áreas de clínica médica, cirurgia, emergência e saúde comunitária. E mais recentemente, nos últimos dois anos, ainda o convênio com o Hospital Geral de Brejo Santo (a 70 Km de Barbalha), ampliando a inserção regional do curso público de Medicina do Cariri (Informação verbal)²⁴⁰.

Castelos e feudos à parte, o clima das aulas é descontraído e ao mesmo tempo respeitoso. O clima familiar entre alunos e professores, como anteriormente descrito, perdurou mesmo com o crescimento do corpo docente. De forma descontraída, os professores de tanto repetir certas

²³⁷ Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²³⁸ Idem.

²³⁹ Idem.

²⁴⁰ Idem.

frases, viram jargão na boca de estudantes. Motivos de risos, mas de certa forma, portadores de conteúdo implícitos, como são os “memes”. Na foto acima, um dos alunos celebra uma das frases clássicas da professora Tatianne Ribeiro: “você quer errar, mas o microscópio não deixa”. Dificilmente os alunos esquecem essas “micro-lições”.

Os professores dão provas de seu compromisso com a instituição para além do campo profissional. A afetividade é uma marca do corpo docente: “eu me sinto aqui como se fosse minha família. Eu gosto demais daqui. Eu tô aqui porque... Só por amor, porque se fosse por dinheiro eu já teria saído. [...] se eu tivesse na URCA e botasse dedicação exclusiva lá, eu ganhava mais do que nas duas trabalhando o a mesma carga horária lá. (Informação verbal)²⁴¹.

4.20 O CAMPO ADMINISTRATIVO

No campo administrativo, atenta ao estrito cumprimento das normas e ao zelo pela transparência das ações acadêmicas, bem como das ações administrativa, a FAMED produz anualmente seu Relatório de Gestão (RG). Por meio deste documento constituído de forma descritiva e analítica podemos ter acesso a inúmeras informações relevantes ao nosso estudo, revelando resultados alcançados no ano em que encerra nossa pesquisa e complementando e dando substância aos dados já levantados em fase exploratória.

O Relatório de Gestão, de cada ano letivo, é uma exigência regimental disposta no Regimento Interno da Universidade Federal do Ceará, vigente na UFCA até a aprovação de normativo próprio da UFCA e acompanhando o que já prescrevia o Regimento Interno da UFC em seu artigo 25º:

O Diretor de Centro ou Faculdade, escolhido e nomeado na forma do Estatuto e desse Regimento Geral, terá as seguintes atribuições, além de outras funções decorrentes dessa condição: apresentar ao Reitor, na primeira quinzena do mês de janeiro, relatório circunstanciado de sua administração no ano anterior, propondo as providências necessárias à maior eficiência de suas atividades escolares. (FAMED, 2019. Relatório de Gestão – 2018. p.13)

O documento descreve sua função conforme anualmente é exercida:

Ele está estruturado de forma a apresentar, inicialmente, as ações de natureza gerencial, que visavam a proporcionar melhor organização e eficiência administrativa, melhor aplicação e distribuição de recursos financeiros, melhor aplicação de recursos

²⁴¹ Entrevista concedida por Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha. Entrevista IV. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

humanos, redução da burocracia e adequação da infraestrutura, de modo a proporcionar melhores condições de trabalho a docentes, servidores não docentes e ao corpo discente da Unidade. Incluem-se neste conjunto os dados relativos à Gestão Acadêmica, Gestão Administrativa e Gestão Financeira. Apresentam-se em seguida os relatórios de atividades da Graduação, Pós-Graduação, Pesquisa, Cultura e Extensão e de Relações Internacionais. Depois disso, é apresentado um resumo das atividades junto à administração Central da UFCA, a interação com outras Unidades Acadêmicas, bem como com a Rede de Saúde do Cariri. (FAMED, 2019. Relatório de Gestão – 2018. p.13)

No Relatório de gestão consta que desde o início de suas atividades enquanto incorporada à UFCA houve a tentativa de se elaborar um plano de metas, vindo apenas a lograr êxito em 2018. A FAMED – UFCA, seguindo as demandas legais e normas técnicas contidas no Plano de Desenvolvimento Institucional da universidade define sua missão, visão e valores e seus planos de metas. O conteúdo destas definições é constituído pela comunidade da FAMED e partilha de seu sentimento geral, levando-se em conta também a legislação vigente e as diretrizes curriculares dos cursos de Medicina. Aqui trazemos o texto tal qual consta no Relatório de Gestão:

MISSÃO: Embasando-se na resolução nº 3 da Câmara Superior de Educação do Conselho Nacional de Educação, de 20 de junho de 2014, a qual institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina e dá outras providências, a FAMED considera que a missão do curso de medicina é formar médicos que possuam conhecimento geral, humanista, crítico, reflexivo e ético, com capacidade para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (FAMED, 2019. Relatório de gestão – 2018)

VISÃO e VALORES: A Visão do curso de medicina é humanista, crítica, reflexiva em que o egresso é capaz de atuar no processo saúde doença nos diferentes níveis de atenção (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde), prestando uma assistência integral e humanizada às pessoas, capaz de trabalhar em equipe, aprender e de tomar decisões adequadas ao contexto social e nos recursos disponíveis. Ademais, se propõe a ser reconhecida como de excelência pela qualidade do seu ensino de graduação, pós-graduação e na formação de profissionais que atendam a realidade social, pela ética, competência, empreendedorismo e liderança de seus egressos, pela qualidade de sua produção científica e pelo impacto social de suas atividades de promoção à saúde da população, enfatizando: Compromisso social;

Compromisso com a qualidade; Gestão consciente; Ética, e Qualidade no ambiente de trabalho. (FAMED, 2019. Relatório de gestão – 2018)

DEFINIÇÃO DO PLANO DE METAS: Considerando que a FAMED não dispõe de rede própria de serviços médicos e corpo docente suficientemente grande para ministrar as cinquenta e três disciplinas obrigatórias e as cinco grandes áreas do internato espalhados em postos de saúde, ambulatorios especializados e hospitais; considerando a necessidade de reforma na infraestrutura da própria sede; a carência de servidor técnico-administrativo em número; a necessidade de expansão da pós-graduação e a necessidade premente de aumentar a produção científica, em 2018 foram apresentadas as seguintes propostas. (FAMED, 2019. Relatório de gestão – 2018)

1. Acelerar os protocolos necessários para a construção do prédio novo dos ambulatorios;
2. Envidar esforços no sentido de aumentar a rede de convênios com entidades de saúde;
3. Imprimir esforços no sentido de aumentar o número de docentes do curso de medicina;
4. Reformar infraestrutura do SVO, área externa e interna da sede da Faculdade;
5. Imprimir esforços no sentido de aumentar o número de servidor técnico-administrativo;
6. Criar a residência médica em traumatologia e ortopedia;
7. Aumentar o número de disciplinas optativas;
8. Reapresentar a APCN do Mestrado em Ciências da Saúde;
9. Colocar em funcionamento o PCR em tempo real e o Sequenciador de DNA;
10. Estimular, através do LABESCI, a produção científica, inclusive envolvendo alunos.

O plano de metas para o exercício de 2018 constava praticamente do rol de antigas pendentes desde a época da expansão do curso da UFC. Desta forma houve apenas ratificação por parte da comunidade da Unidade Acadêmica. Ainda assim, estabelecer tais metas foi considerado importante no sentido de assumir uma política de planejamento institucional. A execução dessas metas, estimada em pelo menos 50% do demandado permitiriam uma nova fase na gestão acadêmica, com maior inserção de toda a comunidade da FAMED.

4.21 Organograma da FAMED

O organograma do curso de medicina da UFCA suporta uma estrutura complexa necessária ao adequado funcionamento do PPC em atenção à legislação vigente. É com posto pelas instâncias abaixo mencionadas:

- 1- COLEGIADO: Constituído pelo Coordenador e Vice-Coordenador do curso que presidem as reuniões ordinárias e extraordinárias; coordenadores de módulos; do núcleo de apoio acadêmico, do núcleo de apoio psicopedagógico; coordenação do internato e duas representações estudantis. É órgão normativo e deliberativo do curso de medicina da UFCA, pautado no Regimento Interno e Estatuto da Universidade, bem como nas normas legais vigentes; colegiados específicos podem ser formados dentro da comunidade acadêmica de acordo com a necessidade e assunto a ser tratado conforme descreveremos adiante.
- 2- COORDENAÇÃO GERAL: Constituída pelo coordenador e vice-coordenador do curso de medicina da UFCA, cujas atribuições estão disciplinadas nos documentos legais da universidade.
- 3- SECRETARIA DA COORDENAÇÃO: Constituída pelo Técnico em Assuntos Estudantis, cuja função é coordenar as atividades pedagógicas da graduação, mantendo em dia planos de ensinos, frequência discente, avaliações e outros documentos de interesse pedagógico.
- 4- NÚCLEO DE APOIO PSICOPEDAGÓGICO (NAP): Uma exigência legal e se constitui por dois docentes eleitos juntamente com a coordenação e vice-coordenação geral. Responsável pelo apoio psicopedagógico aos discentes e docentes que dele necessitem.
- 5- NÚCLEO DE APOIO ACADÊMICO (NAC): Constituída por dois docentes, eleitos juntamente com a Coordenação e Vice-Coordenação Geral. Responsáveis pela manutenção ordeira das atividades de monitoria, extensão e pesquisa, especificamente vinculadas ao curso de graduação em medicina.
- 6- COORDENAÇÃO DO INTERNATO: Constituída por cinco docentes, um dos qual coordenador geral, eleitos juntamente com a coordenação e vice-coordenação geral do curso. Responsável pela manutenção das atividades administrativas e pedagógicas relacionadas ao Internato, possuindo secretária própria em função de sua demanda expandida:

- Cirurgia;
 - Clínica Médica;
 - Tocoginecologia;
 - Pediatria;
 - Atenção Básica à Saúde.
- 7- NÚCLEO DE APOIO AOS ESTÁGIOS SUPERVISIONADOS (NAES)
- 8- NÚCLEO DOCENTE ESTRUTURANTE (NDE)
- 9- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS EM SERES HUMANOS – CEP FAMED UFCA
- 10- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ANIMAL
- 11- REDE DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE:

4.22 ESTRUTURA DOS COLEGIADOS

A Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri, atualmente conta com um único curso na área da saúde, o de Medicina em consolidação. Desta forma sua estrutura acadêmica se organiza conforme os seguintes colegiados:

- 1- Conselho da Unidade Acadêmica (CUA)
- 2- Colegiado do curso de medicina (CCM)
- 3- Colegiado do internato (CIN)
- 4- Colegiado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP)
- 5- Colegiado da Comissão de Ética no Uso de Animais (CEUA)

O RG reconhece que no exercício de 2018 não houve reunião do colegiado do internato ordinária ou extraordinária. Também não houve previsão de conclave para esse interstício.

O CEP por sua vez previu 12 encontros anuais, tendo sido realizados 11. 23 projetos de pesquisa foram recebidos, 22 avaliados e aprovados, encontrando-se um pendente. Dois membros do CEP participaram do Curso de Ética promovido pela UFCA. A Coordenadora do CEP e a Secretária participaram de treinamento patrocinado pelo CONSEPE para os Estados do Ceará, Piauí e Maranhão. Houve no interstício de seleção de novos membros. Participação ativa da secretária no curso como receber e lidar com pessoas com deficiências físicas, promovido pela UFCA. Renovação da Coordenação para mais um triênio. Palestras para alunos

da graduação do curso de Engenharia de Materiais e de Administração da UFCA, bem como para alunos do Mestrado em Desenvolvimento Regional da UFCA – Aspectos Éticos da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos.

O ano de 2018 foi conturbado para o colegiado em função da rotatividade dos coordenadores de curso, foram três no interstício, além da difícil adequação das normas estatutárias que mudaram. As atividades do Coordenador e dos membros do colegiado se restringiram às reuniões ordinárias somente. Dos 12 encontros previstos, somente oito foram realizados. Neste mesmo ano a CEUA sofreu mudanças em função do recadastramento junto ao Conselho Nacional de Controle de Experimentação Animal (CONCEA) e também houve reestruturação da composição de seus membros. Das doze reuniões previstas, somente cinco resultaram em êxito.

O Conselho da Unidade Acadêmica (CUA) passou então durante o ano de 2018 por diversas reestruturações com a finalidade de se adequar as normativas estatutárias. Como o presidente do conselho também era membro natural do CONSUP e CONSUNI, além da exigência de participar da reunião de gestores, entre outras atividades nem todas os eventos previstos foram realizados (apenas sete dos doze). Ainda assim as reuniões realizadas foram presididas pelo membro oficial. É necessário considerar que a jovem IFES ainda carece de ampliação de seu corpo docente para que consiga superar o acúmulo de funções de alguns membros ampliando também seus postos de comando cumprindo assim de forma satisfatórias todos os ritos de uma administração moderna e eficiente.

4.23 AÇÕES ACADÊMICAS

4.23.1 Pesquisa

A partir de sua infraestrutura ampliada e remodelada a FAMED persegue seus objetivos institucionais com mais desenvoltura que nos anos iniciais. Ainda assim, o mais recente

relatório de gestão da FAMED (FAMED, 2019) em seu tópico de gestão das atividades de pesquisa, extensão e monitoria reconhece a necessidade de melhor estruturação.

As pesquisas realizadas na FAMED ainda carecem de um organograma e fluxograma padrões. Existem pesquisas ligadas às Pós-Graduações, em pouco número, pesquisas realizadas por docentes em Programas de Iniciação Científica e pesquisa institucional autônoma, praticada por docente sem vinculação a programas institucionais. (FAMED, 2019. Relatório de Gestão – 2018. p.18)

Estuda-se então a criação de uma nova estrutura, um Núcleo Gestor De Projetos De Pesquisas (NGPP), objetivando o cadastro e controle das pesquisas desenvolvidas na FAMED. Este núcleo, ficaria também com a responsabilidade de apoiar os pesquisadores no planejamento, execução e prestação de contas de projetos.

A ideia seria planejar para 2019 iniciar um estudo de implantação desse Núcleo. Abaixo a relação dos pesquisadores e seus respectivos projetos em execução no ano de 2018. Atualmente a produção científica da FAMED encontra-se fortemente apoiada pelo laboratório de Escrita Científica – LABESCI coordenado pelos professores pesquisadores Dr. Modesto Rolim Neto e Maria do Socorro Vieira dos Santos. Pesquisador experiente, o pós-doutor e livre-docente Dr. Modesto Rolim garante que a produção científica da faculdade está em linha com as exigências da Qualis/CAPES e normativas internacionais (JORNAL DO MÉDICO, 2016. p. 14). Os coordenadores do LABESCI apontam que a FAMED vem se inserindo gradativamente na produção científica nacional e até internacional, publicando em revistas de prestígio. Dr. Modesto considera que este é um importante fator de visibilidade no âmbito das investigações operacionalizadas pelos grupos de pesquisa cadastrados e reconhecidos pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq. Além dos muitos artigos científicos publicados em conjunto com os alunos, os seis principais pesquisadores da FAMED fecharam o ano de 2018 com 16 importantes projetos em diversas linhas de pesquisa de interesse amplo, indo do regional ao universal, com temas como: *Avaliação da atividade leishmanicida do látex de himatanthus drasticus em formas promastigotas selvagens de leishmania sp. coletadas de cães naturalmente infectados do centro zoonose do Juazeiro do Norte*, ou *Características Epidemiológicas da Leishmaniose Visceral no Município do Crato, na Região Metropolitana do Cariri*, ou ainda *Projeto banco rede neurogenética do Ceará*, versando sobre a realidade localregional; trabalhos com foco eminentemente doméstico como: *Diagnóstico Epidemiológico e Aplicação de Métodos Estatísticos sobre Depressão nos estudantes de graduação da UFCA*, ou trabalhos de interesse mais universal como: *Avaliação dos efeitos do canal mitocondrial de potássio sensível ao ATP sobre a hipertrofia cardíaca* ou *Impacto do Antioxidante Quercetina Sobre a Hipertrofia Cardíaca* (FAMED, 2019).

Assim como nos periódicos, a escrita científica assinada pela FAMED busca também se inserir no mercado editorial, inclusive conquistando prêmios em nível nacional (JORNAL DO MÉDICO, 2016. p.14). Os livros produzidos não são um trabalho exclusivo dos professores, a inclusão dos alunos no processo de escrita incentiva o aprofundamento do estudo e ensina a formação de profissionais de mais alto senso científico.

Destacamos o caráter holístico e multidisciplinar de algumas das obras lançadas até 2016. Como no livro *Oncologia Pediátrica: interfaces teóricas*, que descreve a inserção do câncer infantil como temática da saúde pública, atravessando temas como a epidemiologia no Brasil e no mundo, estratégia de saúde da família, direitos das crianças e adolescentes com câncer, cuidados paliativos e até espiritualidade. Esta obra provavelmente exerceu influência no pensamento acadêmico. Posteriormente seria inaugurado na FAMED um ambulatório específico de oncologia pediátrica onde essas práticas discutidas certamente têm lugar no tratamento das crianças enfermas.

Já a professora Sally Lacerda, docente do curso desde 2011, capitaneou a edição de um livro com a ajuda de mais dois professores no trabalho de revisão. Este trabalho contou com a participação de nada menos que 45 alunos em várias fases de sua concepção. A professora Sally Lacerda é cirurgiã-dentista, graduada pela UFC, especialista em implantodontia, com mestrado e doutorado na mesma área pela Universidade Paris V – França, com intensa atuação tanto em pesquisa como na área cultural na FAMED Barbalha. Pós-doutora em saúde pública pela faculdade de Medicina do ABC e relata que seu maior intuito foi o de treinar a escrita e a produção científica durante o módulo de biologia molecular e celular ofertado já no primeiro semestre. O trabalho tem o curioso título: *Diário de uma eucariótica*. A obra permite a desmistificação o complexo tema, sempre permeado por termos de difícil compreensão ao público geral, ou melhor, nas palavras de sua organizadora: “Escrever o livro na linguagem própria de um adolescente, com um palavreado simples e que chegasse facilmente a uma pessoa da mesma idade: alunos de ensino médio ou alunos iniciais de cursos na área da saúde” (JORNAL DO MÉDICO, 2016. p. 15). A professora Sally Lacerda ainda trabalha junto dos alunos em um projeto que fala de saúde em cordel, linguagem com grande penetração na população nordestina, especialmente no Cariri.

A professora e psicóloga Gislene Farias de Oliveira nos revela em entrevista que prepara, com ajuda dos alunos, um livro texto sobre psicologia da personalidade. A obra escrita a várias mãos e coordenada pela professora compila várias produções frutos de reuniões

científicas abordando várias temáticas relacionadas ao sofrimento psíquico, desde HIV, síndrome de burnout, até o atual tema da microcefalia. (Informação verbal)²⁴².

Em 2014 o professor Modesto Rolim participou como autor de um capítulo em uma importante obra tocando os temas de gênero e etnia sob o olhar da psicologia. O livro se intitula *Identidade, branquitude e negritude: contribuições para a psicologia social no Brasil* e é organizado pelas pesquisadoras Maria Aparecida da Silva Bento – CEERT (Centro de Estudos das Relações de Trabalho e Desigualdades), Marly de Jesus Silveira – UNB (Universidade de Brasília) e Simone Gibran Nogueira – PUC (Pontifícia Universidade Católica) de São Paulo. O livro aborda o racismo atrelado à religiosidade, à história e a exclusão de crianças e adolescentes quilombolas, entre outros temas, e se baseia em estudos teórico, ensaios e também relatos de experiências. Um dos objetivos desta obra foi pôr em discussão a complexidade da identidade racial de brancos e negros afetada no dia a dia pelo sistema de relações raciais em que vivemos. Para participar da publicação o professor Modesto concorreu em edital nacional sendo selecionado para a inclusão de seu capítulo intitulado *Discursos e Representações em Mulheres Afrodescendentes na Luta Contra a Depressão*. Sobre o assunto o autor considera “um tema atual, porém para essa clientela ainda não investigado em sua plenitude” (JORNAL DO MÉDICO, 2016. p.15).

Outra obra com a assinatura do professor Modesto Rolim, lançado em 2015 esgotou-se ainda em sua primeira edição. O livro tem o título *Neurociência e Desenvolvimento Humano* e foi desenvolvido em parceria com o professor Dr. Carlos Augusto Carvalho de Vasconcelos da Universidade Federal do Pernambuco – UFPE e aborda a interdisciplinaridade em saúde, da experimentação básica à clínica. Seu conteúdo se dirige a pesquisadores, alunos e professores, assim como profissionais da saúde em geral, versando sobre as áreas de Neurociências, Nutrição e Neuropsiquiatria (JORNAL DO MÉDICO, 2016. p.15).

Essa amostra de obras permite compreender o sentido diversidade, compreensão de seu contexto científico e regional da produção científica da FAMED, assim como o afincamento e zelo pela qualidade. Além da produção de artigos e livros, a comunidade acadêmica da FAMED tem participação vibrante e destacada em congressos nacionais e até internacionais, sempre trazendo à comunidade científica trabalhos relevantes à comunidade, de enorme cunho social, em temas relevantes e desenvolvidos com originalidade. (JORNAL DO MÉDICO, 2016. p.15).

²⁴² Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

4.23.2 Extensão

Um dos pilares mais ativos do serviço institucional da FAMED consiste em suas ações de extensão, exercidas desde o início de suas atividades. Trata-se de atividades que envolvem o sentido primordial da formação médica, que é oferecer seus recursos teórico-práticos à sociedade, em especial às comunidades que mais necessitam da oferta de conhecimentos e serviços (FAMED, 2019. Relatório de Gestão.p.18). A FAMED sempre teve a compreensão de que o jaleco, estetoscópio e maleta de médico não são os únicos equipamentos necessários para a boa prática médica. Desde sua origem a faculdade prima pelas ações de extensão como meio imprescindível de levar a educação em saúde e consequentemente sua promoção para a maioria possível de pessoas. Ao complementar ensino e pesquisa, as ações de extensão impulsionam diretamente as transformações sociais. (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.13). As ações de extensão não apenas contribuem com a população ao levar informação em saúde, mas desenvolvem em seus atores as competências da comunicação, escuta e diálogo, aperfeiçoando grandemente o fazer médico.

As atividades de extensão da FAMED ocorrem em várias modalidades e se iniciam desde o início do curso, indo desde as atividades de monitoria onde os alunos se auxiliam no processo formativo, ainda fazendo progredir a iniciação científica e pesquisa, passando pelo serviço comunitário que as complementam e também pelas atividades de ligas acadêmicas. As atividades de extensão têm sido, portanto, cada vez mais procuradas. Seja porque consistem em formas de antecipar a ação médica, seja pelo fato de permitirem maior aprofundamento teórico sobre determinados assuntos. Tome-se como exemplo a modalidade de ligas acadêmicas onde se percebe uma procura crescente. As Ligas Acadêmicas são organizações estudantis sem fins lucrativos visando o aprofundamento sobre determinados temas ou especialidades médicas cujo interesse do aluno não esgotou nas atividades de sala de aula. A união entre alunos e professores em torno de determinados temas e a execução de ações práticas específicas de tais assuntos é uma forma eficaz de superar a exiguidade da grade curricular médica frente à miríade de temas e assuntos que surgem em escala vertiginosa. Desta forma, as ligas acadêmicas permitem complementar a formação médica ampliando os horizontes de conhecimento do aluno em atividades médico-acadêmicas, esportivas e culturais.

Pode-se destacar dentre os programas de extensão o de Infecto-Parasitologia, coordenado pelo professor Marcos Antônio Pereira de Lima, há dez anos na instituição e há sete anos na tutoria do programa. Sobre o desenvolvimento destas ações o professor Marcos Antônio destaca a importância da presença do docente: “Quando as atividades da extensão envolvem uma ação com a sociedade, sobretudo quando é uma assistência em saúde, é primordial que o professor esteja presente supervisionando” (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.13).

Uma das orientadoras de projetos da FAMED Barbalha, a professora Gislene Farias de Oliveira, conta com a ajuda de vários bolsistas não apenas na compilação de textos para produção de livros, mas também nas atividades de extensão. A professora nos revela a satisfação de ver alunos seus por vezes concedendo entrevistas em reportagens televisivas por conta de suas ações, interagindo com a comunidade e também viajando e levando o nome da instituição para outros estados. Como aconteceu com um projeto simples, recorda, de orientação de mães para a amamentação que recebeu premiação em primeiro lugar em encontro médico de obstetrícia em Campinas (Informação verbal)²⁴³.

Dentre as modalidades de extensão estão incluídas as Ligas Acadêmicas, organizações estudantis sem fins lucrativos visando o aprofundamento sobre determinados temas ou especialidades médicas cujo interesse do aluno não esgotou nas atividades de sala de aula. Como exemplo, a Liga Acadêmica de Microbiologia, também coordenada pelo professor Marcos Antônio, atua não só encerrada em laboratórios, mas levando conhecimento à população. As escolas de ensino fundamental e médio barbalhenses Governador Aduauto Bezerra e Senador Martiniano de Alencar recebem constantemente bolsistas da organização que lá desenvolvem ações educativas em linguagem acessível aos alunos (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.13). O aluno João Vitor Cavalcante, do sétimo semestre, há dois anos integra o projeto e relata seu entusiasmo com a proposta:

Nós ministramos palestras sobre diversos temas da área de infecto-parasitologia. É interessante porque, no começo, percebemos a falta de informação dos alunos e, ao final da ação eles já estão cheios de perguntas. “como eu pego essa doença? “ Eu posso me contaminar dessa maneira?”. Eles tiram as dúvidas principalmente sobre DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis)”. (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.13)

Outra bolsista da mesma turma e companheira de projeto, Camilla Meireles, não esconde sua satisfação em aferir o alcance social de suas ações:

²⁴³ Idem.

[...] Uma experiência que muito me engrandece é a realização dos projetos organizados pelas ligas, pois me faz sentir útil e responsável socialmente por ser capaz de empoderar alguém a prevenir certas doenças que podem ser debilitantes e até mesmo fatais. Sinto-me realizada por estar dando retorno à sociedade em forma de agradecimento à formação que tive, aprendendo a desenvolver o grande sentido da Medicina, desde a graduação: aliviar o sofrimento e, ao final do dia, poder ter certeza de dever cumprido. (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.13)

Apenas no ano de 2016 a pró-reitoria de extensão (PROEX) publicou em edital ações de extensão (entre projetos e programas) desenvolvidos em conjunto por alunos e professores. (JORNAL DO MÉDICO, 2016). As atividades neste contexto articulam mais fortemente alunos e professores nos aspectos mais voltados à comunidade e à complementação do conteúdo curricular com uma poderosa integração da teoria com a prática. Este número seria consideravelmente ampliado conforme avançam os ajustes administrativos, trazendo novas modalidades e oportunidades de se engajar nestes projetos.

Uma nova modalidade de atividade extensivista implantada no âmbito da UFCA é o Projeto PROPE - Programa de Protagonismo Estudantil. Trata-se de um Programa de bolsas de Extensão com ações propostas por estudantes de graduação da UFCA por meio de edital específico publicado pela PROEX. O PROPE objetiva fortalecer o a participação estudantil no âmbito da UFCA através de projetos de extensão onde o aluno é o protagonista no processo de aprendizagem. Com isso visa contribuir para o processo de formação do estudante de graduação, em interação com seus tutores e propor elementos para a efetivação do princípio institucional da indissociabilidade entre ensino, pesquisa, extensão e cultura. Durante o ano de 2018 três projetos foram contabilizados nessa área de ação extensionista. Ainda no contexto da diversidade das atividades, outra modalidade foi recentemente criada na UFCA, tomando forma no ano de 2018, o PEEEX - Programa de Integração Ensino e Extensão, gerenciado em conjunto pela PROEX e PROEN, programa que busca a integração dos componentes curriculares junto às ações de extensão visando atender ao Plano Nacional de Educação - PNE 2014/2024 (Resolução N° 01/2014/CONSUP, de 30 de janeiro de 2014), que prevê a destinação de 10% da carga horária total dos cursos de graduação para programas e projetos de extensão universitária. Entre 2014 e 2015, a faculdade ampliou de 17 para 23 os projetos de extensão em várias linhas, passando para 39 em 2016, oferecendo 51 vagas para monitoria aos alunos, entre bolsistas e voluntários. Projetos como o Programa de Atenção à Saúde Reprodutiva da Mulher (PROSAM), para a prevenção de câncer de colo do útero, ou o trabalho de ligas como a Liga de Saúde Mental – LISAM, **abordando os transtornos psiquiátricos, ou ainda projetos como o de educação em saúde infantil para responsáveis de escolares, são exemplos de projetos de grande penetração na comunidade, influenciando indicadores de saúde por**

meio da educação. Estas atividades extensivas têm por característica a integração entre várias disciplinas e até de diferentes cursos. O PROSAM por exemplo, conta com a articulação entre professores e alunos do curso de Medicina bem como do curso de Jornalismo da UFCA. A ação recebe o apoio da Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) e da Diretoria de Assuntos Estudantis (DAE) da Universidade. As atividades se dão dentro do PROGRAMA DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA – PID da UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI, sendo coordenados na FAMED pelo NÚCLEO DE MONITORIA – NUMO, na pessoa do professor Heberly di Tarso Fernandes Facundo. A proposta tem de fato conseguido os objetivos articular de forma mais aproximada a ação docente e discente, dotar os alunos de maior autonomia e responsabilidade e envolve-los em atividades que redimensionam a relação teórico-prática, com uma visão mais global, extra-muros e complementar ao currículo tradicional (FAMED, 2016).

Essa última cada vez mais assumindo o formato de programa, onde se praticam ensino, pesquisa, extensão e cultura. No total, em 2018, as ações de extensão já eram contadas em 34. (FAMED, 2019. Relatório de Gestão).

A faculdade também integra o programa Ciência Sem Fronteiras do Governo Federal que oportuniza a alunos estagiar em centros médicos no exterior, ampliando seus conhecimentos técnicos, vivenciando diferentes realidades sociais e aperfeiçoando uma língua estrangeira. Destacamos o caso do aluno Antônio Gilvan Teixeira Júnior que em 2015, aos 22 anos de idade cursando o 5º semestre da graduação teve a oportunidade de realizar intercâmbio de 13 meses na Inglaterra, na *University of Liverpool*, com tudo pago pelo governo. O jovem Gilvan, natural de Guaramiranga, no Norte do Estado, conta que se inspirou em médicos que admirava em sua cidade natal para a escolha de sua profissão, um dos quais empregava seus pais. E ainda relata que dentro da arte médica, tinha pendor pela especialidade de neurocirurgia, influenciado por um filme intitulado “Mãos Talentosas” que falava de um dos melhores neurocirurgiões do mundo. Ao entrar no curso de Medicina de Barbalha Gilvan deparou-se logo no primeiro semestre com o professor João Ananias, neurocirurgião e professor de neuroanatomia do curso. O trabalho junto com o Dr. João Ananias rendeu-lhe muitas horas de estudo e trabalho voltados para esta temática e o intercâmbio foi uma consequência de seu afincamento na busca por mais conhecimento. Entrevistado em 2016 pelo Jornal do Médico o jovem aluno dava provas de sua diligência: “Desde que eu entrei na faculdade pensava em fazer intercâmbio, pois eu já tinha amigos da época do colégio que tinham participado do programa Ciências Sem Fronteiras” relata (JORNAL DO MÉDICO, 2016. Antônio Gilvan Teixeira

Junior. p. 19). Gilvan descreve a oportunidade como algo sensacional, permitindo adquirir muito conhecimento científico, além de consolidar seu inglês: “pude trazer muitas novidades do meio científico, acadêmico e médico para compartilhar na faculdade de Medicina, o que é um dos intuitos do programa” (JORNAL DO MÉDICO, 2016. Antônio Gilvan Teixeira Junior. p. 19). Sua paixão pela neurocirurgia ainda seria mais consolidada durante os dois meses em que teve oportunidade de estagiar no *Walton Centre da NHS Foundation Trust*, onde travou contato direto com profissionais da especialidade num dos hospitais mais conceituados da área em toda a Europa.

De volta à FAMED Antônio Gilvan permaneceu como estagiário de neurocirurgia no Hospital Maternidade Santo Antônio, sob os cuidados de seu mestre João Ananias. Além das atividades práticas procurou manter-se como bolsista PIBIC (Programa Intitucional de Bolsas de Iniciação Científica) do CNPq sob a orientação da professora de parasitologia do curso, Dra Maria do Socorro Vieira dos Santos. O aluno relata que uma das experiências mais tensas dentro do curso foi participar das manobras de reanimação de uma parada cardíaca durante uma neurocirurgia, onde felizmente o paciente foi tratado com êxito: “com certeza essa está entre uma das experiências mais incríveis e marcantes da minha formação” (JORNAL DO MÉDICO, 2016. Antônio Gilvan Teixeira Junior. p. 19). O aluno revela que pretende continuar a exercer a Medicina em terras carienses e considera que o curso tem como uma de suas premissas “formar profissionais humanos, que não só visem o lucro, mas que observem as pessoas que existem em seus pacientes” e conclui: “Medicina humanitária significa uma Medicina que se preocupa com o paciente, que o trata com dignidade, respeito, humanismo, independentemente de sua classe social ou grau de instrução. É a Medicina que está preocupada em tratar pessoas e não apenas doenças” (JORNAL DO MÉDICO, 2016. Antônio Gilvan Teixeira Junior. p. 19).

Desde 2013 a FAMED abriga um polo do Programa Mais Médico para o Brasil. No tocante às ações extensionistas há de se ressaltar que se trata de atividades que envolvem o cerne da formação médica, considerando que a formação médica é essencialmente prática e se utiliza da comunidade e seus recursos. Esses os alvos das práticas das atividades de extensão. Daí o elevado índice de projetos envolvendo extensão. Em destaque a modalidade de Ligas Acadêmicas que nos últimos anos vem tomando forma e corpo em todos os cursos de medicina do Brasil, como forma de complementar a formação médica, tendo em vista o volume de conhecimento em cada campo do conhecimento da saúde, não abarcado na grade curricular. As atividades vão de encontro à comunidade acadêmica interna e externa, com simpósios, jornadas médicas e outros eventos científicos, bem como da comunidade, com ações de educação em

saúde em escolas, hospitais, ambulatórios e unidades básicas de saúde. É necessário apresentar também algumas informações quanto às atividades de monitoria, cada vez mais cedendo espaço para a prática de pesquisa na modalidade iniciação científica e, particularmente, as atividades extensionistas. Essa última cada vez mais assumindo o formato de programa, onde se praticam ensino, pesquisa, extensão e cultura.

4.23.3 Rede de atenção em saúde

A rede de atenção primária privilegia a promoção e prevenção da saúde, sem desprezar o aspecto curativo. O aluno inserido neste ambiente toma conhecimento de aspectos como territorialidade, cultura, problemas de saúde mais prevalentes na comunidade, questões intersetoriais incidentes na saúde (saneamento, educação, violência, etc...), entre outros. Também aprende sobre o potencial de resolutividade da atenção básica e como funciona o fluxo de referência e contra-referência de usuários. Esta instância compreende a coordenação das ações de ensino, pesquisa e extensão em 20 UBS urbanas ou rurais no município de Barbalha, 10 no Crato e 10 em Juazeiro do Norte, além de muitas outras UBS número flutuante em torno de 50) em municípios conveniados ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) ou Programa Centro Rural Universitário de Treinamento e Ação Comunitária (CRUTAC) (PPC, 2016, p.28). O setor de emergência abrange as emergências dos principais hospitais de Crato, Juazeiro do Norte e Barbalha, além de referências em Fortaleza e Recife.

O setor secundário (ambulatorial) se constitui de Ambulatórios de Especialidades Médicas da faculdade de Medicina, a Central de Especialidades Médicas do Estado (Policlínica) e Centro de Hipertensão e Diabetes, estes localizados em Barbalha; Posto de Especialidades (da Grota), em Crato, e Centro de Dermatologia de Juazeiro do Norte; não esquecendo os ambulatório de egressos nos hospitais conveniados. Estes serviços atendem não só os munícipes de suas respectivas cidades, mas também usuários de outras cidades conveniadas por meio de pactuação (PPC, 2016).

Conforme anteriormente dito, ainda na sua primeira década, em 2009, o curso estruturou seu ambulatório nas dependências da faculdade, mais recentemente conveniando outras instâncias da atenção secundária como a Policlínica e Centro Integrado de Diabetes e Hipertensão (CIDH), ampliando seus serviços em constante e dinâmica parceira com os governos municipal e estadual (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.12). A parceria entre

municipalidade e a universidade sempre se renova porquanto traz benefícios a ambos os lados. O quarto convênio de cooperação técnica e científica entre a UFCA e a Prefeitura Municipal de Barbalha firmado pelo período de quatro anos, firmado por seus respectivos representantes à época, a reitora Professora Suely Salgueiro Chacon e o prefeito José Leite Gonçalves Cruz, ilustra o modelo de cooperação que visa precisamente consolidar este sistema de cooperação interinstitucional. A prefeitura se compromete através da Secretaria de Municipal de Saúde a receber os alunos do internato médico e do programa de residência médica para a realização de estágios supervisionados em seus postos médicos de atenção primária e secundária tanto em horário comercial nos dias úteis como nos finais de semana em regime de plantão, estendendo também o benefício a alunos da graduação do 1º ao 8º semestre para atividades teórico-práticas (BARBALHA, 2014). Segundo o documento as demais secretarias municipais devem assistir a secretaria de saúde naquilo que seja necessário para o cumprimento do acordo. A outra parte, a UFCA deve, por meio da faculdade de Medicina disponibilizar atendimento ambulatorial em suas dependências, em horário comercial, de segunda a sexta-feira, aos pacientes encaminhados pela central de marcação municipal (CREMU), nas especialidades médicas disponíveis com ou sem o acompanhamento de alunos em estágio supervisionado. (BARBALHA, 2014). Os projetos de cooperação são desenvolvidos com base no mútuo interesse e benefício e com reciprocidade de intercâmbio dos recursos humanos, informações científicas e tecnológicas, organização de eventos científicos e outras formas de cooperação científica, tecnológica e administrativa. Fica acordado pelo instrumento que cada ente arcará com as suas respectivas despesas correntes, de acordo com a legislação vigente (BARBALHA, 2014). Ainda, um quinto termo aditivo deste convênio reza sobre a cessão de servidores municipais para apoiar a técnica e administrativamente a faculdade de Medicina (BARBALHA, 2018).

Na FAMED são oferecidas as especialidades de neurologia, endocrinologia, cardiologia, dermatologia, reumatologia, pneumologia, gastroenterologia, otorrinolaringologia, além do estudo histopatológico para pesquisa de Leishmaniose, doença endêmica na região, por meio de biópsias. Em cada ambulatório são consultados de oito a dez clientes diariamente, com uma média de 70 atendimentos diários, atendendo a um público cadastrado de cerca de 5.000 usuários das zonas urbana e rural, inclusive de outras cidades (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.12).

O diretor da faculdade, Dr. Claudio Gleidiston esclarece que a inserção precoce do aluno no ambiente em que trabalhará quando graduado, na prática ambulatorial, representa um ganho na formação do futuro médico por meio da imersão na realidade do paciente: “Ao encontrar o

problema os alunos, acompanhados de um docente, vão conversar com o paciente, examiná-lo, vão até a casa dele investigar como é a sua qualidade de vida, fazem o diagnóstico e acompanham o paciente” (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.12).

O contato precoce, já a partir do quarto período com essa realidade tem uma função primordial na formação do aluno, que passa a juntar elementos da atenção primária (medidas educativas de prevenção) a um nível além, já na presença de patologias instaladas. Toda esta estratégia tem uma finalidade de formação técnica, mas também humanística. Dr. Cláudio Gleidiston esclarece:

Até meados de 1990 o ensino superior da área médica tinha uma concentração de aprendizagem na figura do professor. Com a chegada dos anos 2000 esse modelo foi sofrendo alterações e hoje o foco é o aluno e a comunidade. [...] O exercício médico vai além do prontuário e da receita. A nossa missão não é só consultar: é ensinar a pessoa a não adoecer. (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.12)

A rede terciária (hospitalar) se constitui de quatro grandes hospitais, dois situados no Município de Barbalha: Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo e Hospital do Coração do Cariri. Um terceiro hospital em Juazeiro do Norte, Hospital Regional do Cariri e um quarto em Crato, o Hospital São Francisco com cerca de 400 leitos do SUS em conjunto.

4.23.4 Um olhar presente

Sobre o processo formativo do curso de Medicina da UFCA o reitor da universidade, Dr. Ricardo Luiz Lange Ness, considera a necessidade de atenção especial por conta da administração superior em face de “[...] uma dinâmica totalmente diferente dos demais cursos da universidade [...]”, e destaca:

Os alunos são bem formados, são muito capacitados no novo projeto pedagógico que eles têm na Medicina que é um aprendizado em módulos, algo inovador, que tem formado muito bem os profissionais. Então isso causou um impacto grande na região, com certeza colocando à disposição da comunidade profissionais de qualidade. (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.5)

Segundo o atual reitor, Dr. Ricardo Ness, nos anos mais difíceis, durante a implantação da faculdade, a qualidade da formação dos alunos foi um argumento decisivo com o qual o então reitor, Ícaro de Sousa Moreira (gestão de 2007-2008) conseguiu junto ao ministro da Educação em Brasília suprir um dos gargalos para a consolidação do curso: a carência de professores efetivos. Ainda complementa o Dr. Ricardo Ness: “Nossos alunos saem do curso

de Medicina e conseguem excelentes colocações nas disputas por vagas em residência médica e logrando aprovação em concursos” (JORNAL DO MÉDICO, 2016, p.5).

Quanto ao clima de harmonia da casa, o diretor Cláudio Gleidiston considera a Medicina da UFCA como um curso doméstico:

Aquele curso onde o servidor técnico-administrativo, o corpo docente, a preceptoria, os médicos que trabalham direta ou indiretamente com a gente, convivem no mesmo sistema harmonicamente. Não é raro um professor nosso receber a visita de um aluno a casa dele à noite. Não é raro um aluno ligar pro professor pedindo determinadas informações. Em determinados momentos, a professora Marinila (Munguba), no início do curso levava os alunos, a turma toda pra casa dela. Faziam oficina na casa dela, tomavam suco, merendavam, passavam a tarde discutindo ciência e formação. A gente não vê isso em outro canto [...] você não tem esse acesso nas grandes universidades [...] professor é um *bicho* escondido no meio do mundo. Aqui é uma coisa muito doméstica, e isso é bom, porque a formação médica, ela é uma coisa essencialmente prática. Então o aluno estar perto do professor o tempo todo, ele vai se espelhar no que ele está vendo no dia a dia. Isso dá, do ponto de vista doutrinário, uma mão muito boa pra formação médica. (Informação verbal)²⁴⁴

A professora Thaís Sampaio corrobora a versão do professor Cláudio, reforçando o clima amigável do curso em seus primeiros momentos.

Acho que uma das coisas que me fez gostar do curso aqui foi essa proximidade com o profissional, que eu acho que quando você está numa instituição maior você é qualquer um, você é mais um. [...] fica aquela barreira entre o profissional, entre o teu preceptor, o médico e você, que muitas vezes não é acessível. E aqui a gente tinha proximidade de estar com o professor depois que tinha aula (Informação verbal)²⁴⁵.

A trajetória de aluna a professora, e atualmente coordenadora do curso médico, Emille Sampaio ilustra um pouco da potência que a proposta pedagógica do curso tem sobre alguns de seus alunos. A professora Emille nos revela que desde sua formação e graduação esteve prioritariamente ligada à atenção primária, salvo alguns anos como plantonista do Hospital Regional do Cariri. E revela seu campo de trabalho: “sempre trabalhei no serviço público, nunca em atividade privada”. Ela nos revela que ao iniciar sua vida profissional, tinha mais desenvolvido o aspecto *ambulatorial* ou assistencial da Medicina. Por iniciativa própria, ela buscou desenvolver mais o aspecto da promoção e educação em saúde, encontrando uma fonte segura na Residência em Medicina de Família e Comunidade. Ela recorda com certo desconforto, o desconhecimento inicial de termos e jargões próprios da especialidade, embora o tema já fosse preconizado na DCN de 2001. Mas que aos poucos foi dominando as habilidades de diagnóstico comunitário e de comunicação, ferramentas indispensáveis para a promoção da

²⁴⁴ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁴⁵ Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

saúde. Contudo, ela garante que nunca se sentiu insegura ou mal formada e sim, que tinha necessidade de ampliar sua bagagem teórica (Informação verbal)²⁴⁶.

Mas nem tudo é agradável de se registrar na história dos alunos. Não diferentemente da sociedade que o cerca, o alunado também mudou desde o início, ao sabor de tantas transformações sociais, políticas e tecnológicas e psicológicas. As turmas formadas pelo ENEM e por intercâmbio trouxeram alunos de mais longe, de outras regiões do país e até do estrangeiro. Alguns alunos, como acontece com outros jovens de sua idade, passaram a demonstrar mais e mais sinais de desconforto psíquico. A professora Gislene Farias de Oliveira, membro do Núcleo de Apoio Psicopedagógico, considera que nos primeiros anos do curso as dificuldades eram mais da ordem de logística e reconhece com o passar dos anos o surgimento progressivo de transtornos relacionados a sofrimento psíquico dos alunos:

“Gente vinda do Rio de Janeiro, da Bahia, de muitos lugares, inclusive [...] de outros países. [...] a coisa foi ficando mais complicada. Nós tivemos casos de envolvimento psiquiátrico, não só um, mas vários” (Informação verbal)²⁴⁷. A pedido do diretor Cláudio, a professora e psicóloga Gislene chegou a confeccionar alguns laudos e encaminhamentos para o Dr. Marcial (Moreira), também professor da casa e psiquiatra, para dar início a abordagens terapêuticas. Alguns casos a marcaram bastante. A professora lembra de um caso em que uma aluna veio de outra região obrigada por seu pai a cursar Medicina. Foram crises seguidas, mais relacionadas a cobranças por parte do pai em relação ao desempenho da aluna, até que ela procurasse ajuda. A aluna revelou constrangida à Dra. Gislene que se automutilava e mostrou-lhe o braço ferido. Diante da comoção da professora, a aluna revelou que tinha lesões mais severas infligidas em partes mais íntimas, assim mais fáceis de ocultar. A solução para este caso necessitou de uma decisão colegiada, a qual envolveu convocar os pais ao diálogo. Imagina-se o constrangimento de explicar que uma futura médica, cuja função seria aliviar o sofrimento do próximo, era a maior sofredora neste caso.

A professora Thais Sampaio faz uma análise interessante desta evolução. Dra. Thais é professora de psiquiatria da FAMED Barbalha desde 2010, instituição pela qual se graduou na primeira turma. A psiquiatra revela que enquanto aluna não percebia em sua volta a questão do

²⁴⁶ Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁴⁷ Entrevista concedida por Dra. Gislene Farias de Oliveira. Entrevista V. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

sofrimento psíquico, apenas a ansiedade natural de um curso tão exigente. Atualmente, no entanto, ela passou a perceber que os alunos ao chegar na sua disciplina, psiquiatria, percebem de forma clínica e sistematizada seu sofrimento. Esta compreensão faz com que muitos procurem ajuda, inclusive dela própria, a ponto de ela sugerir uma ação institucional mais veemente.

Eu não via a ansiedade como problema, eu não via depressão e hoje vejo nos meus estudantes. [...] quando eles entram em contato com a disciplina de psiquiatria é que eles vão aprender que sofrem daquilo, reconhecer aquilo. Eu percebo uma piora do adoecimento emocional desses estudantes. Em 2010 eu já dava aula até hoje [...] vejo que isso tem progredido, piorado sabe. Eu acho que mais estudantes estão adoecendo e isso me preocupa muito. [...] Já há uns dois, três anos eu fiz a proposta da gente abrir um serviço de apoio ao estudante de Medicina e aí vi que em outras universidades estava acontecendo (o mesmo). Então não era uma coisa só nossa. [...] E isso foi algo exigido pelo MEC. Então eu não precisei implementar o serviço de apoio ao estudante de Medicina. A gente tá com esse serviço porque o MEC assim determinou. A gente tá fazendo atendimento psiquiátrico. Apoio psiquiátrico e psicológico. (Informação verbal)²⁴⁸

Todo mundo tá sendo sugado

A Dra. Thaís também faz considerações em relação à mudança do perfil psicossocial dos alunos, destacando o poder mesmerizante das plataformas virtuais:

Quando eu entrei na faculdade... Eu acho que o estudante já era muito altivo, de exigir as coisas, de não ter aquele posicionamento de submissão. Eu acho que se via o professor de maneira hierarquicamente superior. [...] É uma das dificuldades que a gente tem porque eu acho que os jovens hoje tão nesse patamar de... talvez diminuição do respeito, do reconhecimento. E, a questão das redes sociais, do mundo virtual que na minha época não era intenso dessa forma e que hoje a gente vê o nosso aluno ali o tempo todo conectado, tirando, saindo do foco, de uma formação, pra viver essa vida virtual que absorve a vida de todo mundo. Todo mundo tá sendo sugado. Eu vejo muito isso. O estudante ligado o tempo todo nesse aparelhinho que é o celular. São as principais mudanças que eu percebo nessa passagem de aluna para professora. (Informação verbal)²⁴⁹

De forma semelhante, a atual coordenadora do curso, professora Emille Sampaio Cordeiro, vê diferenças marcantes no alunado desde que entrou na instituição ainda como aluna, incluindo aí nuances socioeconômicas e políticas.

São perfis distintos. O perfil do egresso do curso também foi mudando ao longo dos anos. Entre o que nós temos hoje e o perfil de estudantes da minha época... ainda existirão perfis de tonalidades distintas. No início do SISU tinha muitos estudantes de fora, hoje as turmas são quase que totalmente da região. As primeiras turmas também, como a minha, tinham muitas pessoas de Fortaleza. Então tinha diferença inclusive socioeconômica. Hoje metade das vagas é pra cotas e na época em que eu era estudante não. Então essa é uma diferença expressiva. Hoje nós vemos muito mais estudantes negros e negras nos corredores e nos cursos. Mas acho que tem uma diferença do fazer político. Na época em que eu era estudante nós tínhamos uma

²⁴⁸ Entrevista concedida por Dra. Thaís Sampaio. Entrevista. Entrevista VIII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁴⁹ Idem.

demanda muito maior. Como dependia muito mais de nós, como estudantes, conseguir muitas coisas para o curso, nós nos organizávamos muito mais. Acho que essa necessidade de organização estudantil para a conquista de algo, hoje é vista com muito mais apatia pelos nossos estudantes. Então, os estudantes permanecem se organizando, estudando em centro acadêmico, mas é como se não existisse uma pauta de fato política pra poder se lutar, se organizar em torno de. (Informação verbal)²⁵⁰

Um mundo muito mais real que virtual

A professora Emille então percebe, da mesma forma que outros professores, um certo mal-estar no alunado, pontuando a questão das redes sociais e a baixa tolerância a frustrações.

Outra diferença é que nós temos muitos casos de sofrimento psíquico atualmente. Muitos estudantes em tratamento psiquiátrico, o que é ótimo por terem tratamento psiquiátrico (observa), estarem se cuidando. Mas temos situações de estudantes que chegam na emergência do CAPS, com ideação suicida, de estudantes que faltam ao internato porque estavam com ideação suicida. Não que as pessoas não sofressem psicologicamente na época em que eu era estudante, mas acho que era numa frequência menor, numa intensidade muito menor [...] era um caso ou outro. Mas hoje parece que de uma maneira geral toda turma tem as pessoas que estão em sofrimento psíquico e tem essa questão da vinculação, dos laços familiares. Mas acho que também a própria vinculação com a estrutura e sociedade. Apesar de não fazer muito tempo que me formei, eu lembro que a gente não tinha tantas redes sociais. Então a gente vivia um mundo muito mais real do que virtual. E aí, apesar de teoricamente terem muitos amigos nas redes sociais, você não tem uma pessoa, ou um conjunto de pessoas pra se vincular afetivamente, pra discutir sobre seus dilemas de vida e acho que isso impacta nos nossos estudantes. As pessoas não têm hoje um modo de lidar com as suas frustrações. São muitas expectativas e são estudantes muito bons [...] são os primeiros de suas turmas no ensino médio, mas entram no ensino superior, em um curso com conteúdo muito extenso, com carga horária muito extensa e aí, tiram uma nota baixa ou outra e isso já é frustração que não é entendida e trabalhada. (Informação verbal)²⁵¹

Entretanto, a coordenadora confia no poder de adaptação e resposta da instituição. Ela ressalta o papel do Núcleo de Apoio Psicopedagógico, onde os alunos podem ter assistência devida. Segundo a professora Emille o núcleo atende às demandas dos estudantes e o considera um grande avanço na difícil tarefa de amenizar o sofrimento dos futuros médicos. Um cuidado mais que necessário para a coordenação do curso. Como a própria pontua: “Futuros médicos terão como função na vida cuidar do sofrimento do outro, mas não conseguem lidar nesse momento com o seu próprio sofrimento” (Informação verbal)²⁵²

Comparada à história de outros cursos de Medicina, sobretudo das capitais, é razoável dizer que o curso público de Medicina do Cariri é jovem. Entretanto, ao longo do período em que se desenvolve é possível perceber sua relevância não só no tripé acadêmico Ensino, Pesquisa e Extensão, como também na modificação do perfil dos serviços de saúde regionais e

²⁵⁰ Entrevista concedida por Dra. Emille Sampaio Cordeiro. Entrevista. Entrevista VII. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁵¹ Idem.

²⁵² Idem.

em aspectos socioculturais. Do ponto vista acadêmico o curso de Medicina da UFCA contribuiu para a ampliação e qualificação de corpo docente regional, elevou sua estrutura universitária, impulsionou as ações universitárias voltadas para a população a partir deste curso índice de graduação, agregou outros cursos, favoreceu a criação da Universidade Federal do Cariri e hoje já conta com cursos de pós-graduação.

Um momento de grande relevância que o curso vive agora, é receber como professores alguns de seus egressos, como as professoras entrevistadas Emille Cordeiro e Thais Sampaio. Diria em entrevista o diretor Cláudio Gleidiston:

[...] isso daqui só se tornaria uma instituição de ensino realmente quando os filhos que saíram daqui, e que foram lá fora melhorar sua formação, voltassem para cá. Porque eles voltariam para casa, [...] pra começar a vida dentro do Cariri, dentro da instituição que os formou. (Informação verbal)²⁵³

Dr. Cláudio acredita que os professores egressos da casa têm um compromisso a mais com a faculdade, já conhecem sua problemática e vão atrás das soluções. Ele fala, com emoção, que o curso que começou:

[...] num casarão cheio de morcegos e sem sanitário, montado apenas com professores substitutos e para o qual os pais dos alunos torciam o nariz está chegando à maioridade e que hoje os pais brigam para trazer seus filhos *para cá*, como fala. O diretor confere ao corpo docente, mas principalmente ao corpo discente, o mérito de haver desafiado a miséria, a desgraça, a dificuldade em seu tempo. Indo ao ministério público, enfrentando reitor, batendo de cara com o Ministério da Educação, para conseguir professor, pra conseguir melhorias, eles tiveram um papel importantíssimo e levaram essa mensagem pra todo o Brasil. Hoje quando se fala em curso de Medicina de Barbalha pertencente à Universidade Federal do Cariri, as grandes instituições de ensino médico do país já sabe quem é. Hoje nossos alunos passaram por lá, ou estão lá. (Informação verbal)²⁵⁴

Esta evolução ultrapassa a relevância acadêmica e é responsável pela fixação na região do Cariri cearense de docentes com capacidade para analisar e oferecer respostas a parte das antigas demandas populacionais na área de saúde. Os próprios serviços de saúde da região moldaram-se, não exclusivamente, mas também a partir deste curso, uma vez que não contando com hospital universitário a Faculdade de Medicina estabeleceu fortes vínculos através de convênios com diversas instituições públicas, fundações e até particulares levando capital humano de excelência a seus serviços e impulsionando seu crescimento profissional, tecnológico e de sua resolutividade. Atualmente é possível fixar em nosso contexto social, cultural e político-econômico profissionais médicos formados neste mesmo ambiente, imerso

²⁵³ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁵⁴ Idem.

em sua problemática, e não importado de outras regiões, a partir de realidades diversas. Este perfil de profissional teria em tese mais condições de dar melhor assistência não só nos aspectos curativos da ciência médica, mas sobretudo na prevenção e promoção da saúde da população menos favorecida. O Cariri cearense é uma microrregião situada bem no centro da Região Nordeste do Brasil, relativamente equidistante das capitais, a cerca de 600 Km do litoral. Nas capitais nordestinas, com exceção de Teresina no Piauí todas litorâneas, é onde se concentram a maior parte dos recursos humanos e tecnológicos não só na área da saúde, mas também no Ensino Superior.

O curso de Medicina de Barbalha, apesar de seu início tímido como expansão do curso da UFC no Cariri, conseguiu se consolidar e afiançar a implantação de outros cursos federais e da própria Universidade Federal do Cariri. Muitos dos atores que participaram dessa história descrevem uma transformação da região e dão relatos pessoais, de como esta instituição tocou e atravessou suas vidas. Em entrevista o ex-deputado e ex-prefeito de Barbalha Rommel Feijó diz, emocionado, orgulhar-se de haver participado desses feitos. Após anos de separação seu filho e nora, médicos e professores da instituição, voltaram ao Cariri, onde lhe deram netos cearenses.

[...] fico feliz com isso, porque meu filho veio pra perto de mim, minha nora veio pra perto de mim. Eles são bons lá dentro da faculdade [...] são reconhecidos também pela população. [...] eu nunca pensei que meu filho fosse virar professor de universidade (risos). Eles são bem conceituados [...] e a faculdade gosta deles, eles gostam da faculdade e eles fazem a faculdade crescer. E eu fico feliz [...] eu parei de observar isso que vou lhe dizer... até um certo dia atrás [...] universidade federal é só pra menino que [...] estuda em escola particular, [...] rico. [...] Não! Os primeiros que passaram na faculdade de Medicina de Barbalha eram filhos de chapeado, carroceiro, agricultor (exagera). [...] Então eu acho que faculdade federal é para aqueles preparados. (Informação verbal)²⁵⁵

Dr. Rommel também não esquece de parceiros que se esforçaram pelo sucesso da faculdade.

[...] me sinto muito feliz em por ter encontrado o professor Roberto Cláudio e esses três: o Henry, Luciano e Aprigio. Esses três foram importantíssimos. Dr. Inaldo, Dr. Fabriano, claro, fazendo o trabalho deles na Barbalha [...] e ter tido nessa época a amizade dos prefeitos, das lideranças do Juazeiro, [...] do Crato pra que a coisa desse certo. (Informação verbal)²⁵⁶

FORMATURA DA 1ª TURMA

²⁵⁵ Entrevista concedida por Dr. Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁵⁶ Idem.

Em dezembro de 2006 a primeira turma da faculdade de Medicina de Barbalha estava pronta.

Figura 108: Convite de formatura da primeira turma de médicos da FAMED Barbalha



Fonte: Gentilmente cedido por Eliézer Luna.

Os primeiros formandos escolheram como nome de sua turma *primum et singularis*. Este nome condensa todo o brio deste grupo de jovens que atraídos pelo sonho da Medicina se viram construtores de um curso e de uma história. Da matéria de seus sonhos fizeram acontecer a interiorização do ensino médico, a consolidação de um curso e alicerçaram a criação de uma grande universidade. Não é vulgar sua história. Não é indevido seu nome. Primeira e única.

O primeiro ingresso por vestibular na FAMED Barbalha de 40 jovens sonhadores resultaria em 35 médicos, subtraídas algumas desistências e transferências. Os colegas e agora médicos Alessandra Leitão, Camila Fechine, Carlos Ticiano, Caroline Pereira, Clodoaldo José, Cynara Leite, Cynthia Régia, Demóstenes Costa, Eduardo Freitas, Eliézer Luna, Emanuel Nunes, Emanuele Rafael, George Vilanova, Germana Siqueira, Hedilberto Macêdo, Heron Carvalho, Isabella Quental, Jônatas Moraes, Lara Ribeiro, Lécio Milano, Madalena Araújo,

Marinus Lima, Mario Pontes, Michael Alcântera, Nairton Lopes, Núbia Kenne, Paulo Eduardo, Roberto Mendonça, Rodrigo Alencar, Rodrigo Madureira, Sabrina Aguiar, Sanne Karuze, Thais Sampaio, Thiago Leal e Vanessa Grangeiro, guardariam respeito e amizade desde então. Quaisquer que fossem os rumos profissionais, ideológicos, políticos, eles permaneceriam *Primum et Singularis*.

Muitos permaneceriam residindo e praticando a Medicina no Cariri, outros sempre aqui retornariam. A turma também produziu mais uma geração: o jovem Pedro, filho de Camila Fachine e Rodrigo Alencar, casados em 2012. Ambos cursaram a residência médica em anesthesiologia e atuam em Barbalha. Rodrigo Alencar Moreira é filho do primeiro coordenador Dr. José Luciano Bezerra Moreira, que assim, passou a ser avô do curso de Barbalha.

O inesquecível janeiro de 2007 traria condensados do dia 24 a 27 uma semana seis anos de emoções contidas. O grupo unido em torno das solenidades de descerramento da placa de formandos e na aula da saudade na FAMED, Missa em Ação de Graças na Igreja Matriz de Barbalha, na colação de grau no Memorial Padre Cícero, em Juazeiro do Norte e o grande baile no amplo Hotel Verdes Vales, também em Juazeiro expressariam em falas emocionadas, boa parte dos feitos contidos neste trabalho. Após tantas dificuldades, apresentaram-se às autoridades civis, acadêmicas e sociedade caririense em alto estilo.

Na Aula da Saudade, no entanto, coube aos professores Cláudio Gleidiston e a inesquecível Marinila Munguba, homenagear a turma, sintetizando sua trajetória. Momento de risos e lágrimas.

Na Missa em Ação de Graças, Michael Alcântara daria testemunho da presença de Deus, agradecendo Ter-lhes confiado a missão de serem médicos, pelos obstáculos que encontraram no caminho, desafios para o crescimento e pela força para enfrentá-los. Por fim, invocando Sua proteção para o exercício da profissão.

No elegante convite de formatura, Eliézer Luna destacava o caráter pioneiro, desbravador da turma, considerando seus componentes como sementes médicas primeiras a germinar no fértil solo caririense. Destacou o caráter humilde e avesso a titulações da turma, louvando seu senso crítico e capacidade de união e força. Os patronos escolhidos seriam seus pais e mestres, num incontestável preito de gratidão. A turma não distinguiu professores ou servidores para homenagear e sim o inteiro corpo docente e conjunto de funcionários. O paraninfo escolhido pela turma era um modelo de sapiência e humildade, o cirurgião pediátrico

David Negrão, professor que inspirava a todos tanto pela perícia técnica como pelos elevados propósitos com os quais comprometia sua prática médica e vida.

Coube a Marinus Lima homenagear o incondicional apoio dos pais, tão presentes no cotidiano de lutas de seus filhos, e, a Roberto Mendonça pela inspiração perene dos pais ausentes. Carlos Ticiano louvou aos mestres lançando de proa a pergunta: “como fazer um médico?” Em seguida agradecendo-os por conduzi-los por caminho seguro e tranquilo rumo ao *ethos* médico. Mais agradecimentos foram feitos aos amigos, colegas e pessoas amadas pela presença e apoio, nas palavras de Marinus e Michael. Coube também a Carlos Ticiano homenagear ao cadáver desconhecido, de cujo misterioso passado se fazem tantos ensinamentos importantes para a sustentação profissão e da vida. Já Mário Pontes homenageou aos pacientes, verdadeiros livros vivos, fonte de ensinamentos por meio dos quais se fizeram médicos. A empatia e respeito do povo cariense foi ressaltada com lembranças das lides diárias entre quem sofre e que procura dar lenitivo ao sofrimento.

Na cerimônia de Colação de Grau, diante do Dr. Luciano Bezerra, Dra. Yaci Mendonça, Dr. Cláudio Gleidiston e Dr. Rommel Feijó, foi feito o juramento. A versão escolhida foi a da Declaração de Genebra, lido solenemente por Rodrigo Madureira. A palavra final dos jovens médicos foi representada por Roberto Mendonça. O orador da colação de grau, Dr. Roberto Mendonça, percorreu todas as adversidades enfrentadas pela turma até receber o diploma, para angústia das autoridades políticas e acadêmicas presentes na mesa de honra e personagens desta história. Mas para alívio de todos, o sentimento geral da turma foi de agradecimento e reconhecimento pelo trabalho conjunto. Mesmo aparentemente em campos opostos, a ação de cada personagem foi importante para a consecução deste grande feito, a consolidação de um curso público de Medicina no interior do Ceará, coroando os esforços individuais e coletivos quem direta ou indiretamente havia trabalhado nestes seis anos pelo sucesso da FAMED Barbalha. Sua fala concluía com brilho e eloquência a missão de resumir suas histórias, agradecer pela conclusão do sonho alcançado e comprometer-se com os preceitos de retidão da profissão e ao desenvolvimento do Brasil. (JORNAL DO MÉDICO, 2017).

Hoje o Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa, considera os componentes de sua turma pessoas bem diferentes, porém bem iguais no propósito. Dr. Eliézer considera, do alto de uma conquista coletiva, que foi desbravar tantas resistências, deixando para trás uma estrada mais bem pavimentada para as turmas vindouras, não se tratar não querer se sobrepor a qualquer outra turma. Cada turma tem sua história, acredita. Mas que todas as primeiras turmas têm seu lugar especial na criação das faculdades. No caso do curso de Barbalha é pacífico crer que muito

é devido ao corpo discente. A história da faculdade se confunde com a das primeiras turmas. Eliézer lembra com bom humor que quando em Fortaleza lhes teciam loas e lhes prometiam bustos e homenagens, eles pediam para permutar por um microscópio, ou alguma outra melhoria. O campo da vaidade era o da boa formação médica. Com pouco apoio da universidade em Fortaleza a primeira turma se organizou em torno de uma comissão de formatura com mensalidades e outras atividades de arrecadação num esforço de dar à faculdade uma formatura devida, uma festa à altura. No dia da colação, ao apresentar à sociedade a primeira turma de médicos formada em Barbalha Eliézer descreve a emoção de relembrar a jornada de jovens neófitos até médicos competentes, que usaram das dificuldades para ajudar a construir um curso de responsabilidade social, devolvendo o que receberam em forma de atuação profissional decente.

Dr. Eduardo Freitas Vieira resume este sentimento da seguinte forma: “a sensação realmente foi de dever cumprido. [...] O que tinha passado foi ruim, mas foi necessário... e muitas coisas boas aconteceram” e considera acima do individualismo, o êxito coletivo:

[...] fico satisfeito hoje, em saber que todo mundo está bem como profissional sabe. Isso me dá uma satisfação. A gente superou (emocionado)... Deu tudo certo e agora passados treze anos, me dá essa sensação boa por saber que tá todo mundo bem encaminhado. Todos são profissionais respeitados, graças a Deus né? (Informação verbal)²⁵⁷

Figura 109: Primeira turma de formandos da FAMED Barbalha – 2001



²⁵⁷ Entrevista concedida por Dr. Eduardo Freitas Vieira. Entrevista IX. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.



Fonte: Gentilmente cedido por Eliézer Luna.

Hoje, é notória a influência exercida pelo curso de medicina da UFCA na Região do Cariri, não só no meio científico-cultural, mas principalmente, na qualidade do serviço de saúde ofertado à população. O treinamento dos alunos se dá, essencialmente, no sistema local de saúde, que vem sofrendo mudanças positivas no seu desempenho geral. O contato, desde o início do curso, com a atenção primária à saúde, demandou a instalação de um sistema de referência efetivo, compatível com um serviço de saúde compreendido e exigido, não só pelo conhecimento teórico, mas também pelo envolvimento humano com indivíduos, famílias e comunidades. A implantação do ambulatório de especialidades na sede da Faculdade e a otimização dos serviços oferecidos pela Secretaria de Saúde de Barbalha foram fundamentais para a garantia da resolutividade dos problemas de saúde identificados nas unidades da Estratégia de Saúde da Família e que estão fora do seu âmbito de atuação. Ao mesmo tempo, para a atenção secundária exige-se, cada vez mais, uma mudança de postura, que tem tido nas contra-referências o símbolo de responsabilidade para com os colegas da atenção primária e mais especificamente, para os cidadãos usuários do serviço. Configura-se, dessa forma, como de grande relevância o Curso de Medicina da UFCA, não só para a Região do Cariri, como para toda a Região Nordeste, por seu eixo curricular está sintonizado com as políticas de saúde mais relevantes. Há historicamente uma imensa desigualdade de recursos e políticas públicas nestas áreas em relação ao interior.

Tais condições geopolíticas impuseram a seus habitantes um certo senso de independência e também a responsabilidade de criar soluções mais adaptadas a seu ambiente. Estudar o caso de um curso de Medicina de identidade *sertaneja* talvez passe pela percepção dessas idiosincrasias.

Ainda assim, podemos perceber o efeito que a proposta de ensino da FAMED Barbalha imprime em seus alunos e futuros médicos. Este sentimento resta latente em alguns relatos colhidos pelo sítio eletrônico da faculdade em 2016 por conta dos 15 anos do curso de Medicina (FAMED 2016). Foram colhidos depoimentos precedidos pelo mote: por quê escolhi Medicina?

A aluna Kédma Suelen Braga Barros, natural de Maranguape na Região Norte do Estado do Ceará ingressou no curso em 2011. De forma lírica ela registra seu sentimento vocacional:

Escolhi medicina pelo Moisés. Antes de ingressar no curso, já sentia que ele estaria um dia em meus braços, ensinando-me a importância de receber bem uma vida. Escolhi Medicina pelo Natanael. Em cada prova de vestibular, tinha a certeza de que pesaria sobre os meus ombros a difícil missão de confortar uma família na partida precoce daquele jovem. Decidi abdicar da minha cidade natal, para ver o sorriso de Dona Virtuosa, minha primeira paciente, depois de passar uma tarde contando a história de sua doença. O sonho de confortar, cuidar, acalantar aqueles que estão passando pelo processo de adoecimento nasceu muito antes de conseguir a tão sonhada vaga no curso de medicina. Nasceu de um inconformismo nato, da vontade de levar saúde a quem não tem acesso. Por cada paciente que já passou pela minha vida acadêmica e pelos muitos que ainda compartilharão suas histórias comigo, eu confirmo minha escolha todos os dias. (FAMED, 2016)

Já o cariense Ariovaldo Carvalho Neto, filho de médico e natural de Juazeiro do Norte e aluno do curso também desde 2011 considera a dificuldade de descrever com palavras a grandeza de seu sentimento pela missão médica:

Decidi fazer medicina porque é o que eu gosto e o que me faz feliz. Não tenho como descrever em palavras exatamente o que me levou à Medicina, pois qualquer descrição objetiva não chegaria nem perto de definir a arte de cuidar de uma vida. Medicina é algo que se faz com coração, com sentimento, com carinho, com responsabilidade e com muita atenção à vida do próximo. (FAMED, 2016)

Natural de Salgueiro, no estado vizinho de Pernambuco e aluno desde 2015, Marcos Júnior tornou-se coordenador geral do Centro Acadêmico Leão Sampaio. Ele cria na profissão como um instrumento de transformação social:

Poderia citar vários motivos para a escolha dessa graduação, com tantas opções disponíveis. Como por exemplo, querer cuidar de familiares, poder fazer a diferença na vida das pessoas, ser uma área com infinitas linhas de pesquisas, ser um campo de estudos pessoalmente atrativa, dentre vários outros motivos, mas prefiro explicar a razão da escolha por ser uma profissão que me ajudará a cumprir meus objetivos de vida, não só profissionais mas por ser um curso em que o objeto de estudo é a ser humano em si e o seu bem estar como objetivo final! Vejo a medicina como isso: 'ajudar as pessoas'. (FAMED, 2016)

O relato do aluno João Juarez se notabiliza por revelar a maturidade um jovem que com apenas 15 anos de idade ingressou no curso de Medicina. Vindo da zona rural, distrito de Jamaru, na cidade de Missão Velha, o jovem futuro médico transparece suas experiências em seu relato:

Dentre tantos outros cursos, eu escolhi medicina porque ela me torna capaz de ajudar meus semelhantes na condição em que alguém mais precisa de cuidados: a doença. E essa ajuda a que me refiro não envolve somente a prescrição de um medicamento ou a realização de um procedimento cirúrgico eficaz, pois o bom médico também deve obedecendo os princípios da humildade e da caridade, ser um apoio, um porto seguro para seu paciente. Assim como não foi fácil entrar na faculdade, sei que a caminhada até a formatura será árdua e repleta de dificuldades, porém as vitórias e prazeres também virão! E o que mais me incentiva a seguir em frente é a vontade de um dia aliviar o sofrimento de alguém e receber desse alguém um ‘muito obrigado’.
(FAMED, 2016)

Estes são relatos de médicos ainda em formação, envolvidos pela atmosfera acadêmica e imersos nas obrigações estudantis. Suas palavras carregam o futuro em ser, a esperança. A difícil construção do porvir é afetada pela realidade que os espera, onde suas projeções e desideratos são continuamente postos à prova frente ao mundo do trabalho que anda os receberá.

Mas qual o impacto o curso de Medicina da UFCA tem nos formandos. Para avaliar esta e outras questões colhemos dados que nos permitiram olhar para a realidade de vida de alguns dos egressos da primeira turma deste curso. Dez anos após o recebimento do diploma, seus relatos ajudam a compreender as reais transformações em suas vidas a partir do exercício da profissão médica e o papel do curso em específico para sua formação humana e profissional. Por meio da história desta turma desbravadora e da trajetória do próprio curso, empreendemos uma jornada analítica através de prismas teóricos que nos permitam conhecer mais de perto a identidade do curso de Medicina da UFCA.

CAPÍTULO V – As Culturas do Curso Médico Barbalhense

*Vita brevis,
ars longa,
occasio praeceps,
experimentum periculosum,
iudicium difficile.*

A vida é breve,
a arte é longa,
a oportunidade passageira,
a experiência enganosa,
e o julgamento difícil.

Aforismo hipocrático popularizado pelo poeta [romano Sêneca](#).

5 AS CULTURAS DO CURSO MÉDICO BARBALHENSE

5.1 A PRIMEIRA TURMA DE MÉDICOS FORMADA EM BARBALHA, UM CAMINHO PARA COMPREENDER A ORIGEM DO CURSO E CHEGAR A ALGUMAS CONCLUSÕES

O curso de Medicina abordado nesta pesquisa chega a 2018 consolidado com reconhecida qualidade. Segundo avaliação do MEC, a UFCA, credenciada com nota 3, subiu de posto em 2016 e na última avaliação se manteve na nota 4. (UFCA, 2019). O curso pioneiro da UFCA mantém franco diálogo com sua região. Mas como se relaciona com o país e com o

mundo? Para aproximar-se desta resposta buscamos examiná-lo a partir de sua identidade, criando assim um ponto de referência que, embora reflita o momento histórico contido neste recorte, possa pará-lo com outros cursos, em outras realidades. Essa reflexão consideramos fundamental para os sentidos de autoconhecimento e planejamento de ações, ensejando sua projeção para além das fronteiras caririenses.

Neste capítulo conclusivo analisamos os dados levantados por meio de documentos, entrevistas e questionários colhidos e aplicados ao longo do estudo levando-se em conta os elementos da sua cultura organizacional, conforme proposto na teoria de Nóvoa (2010) e das culturas da escola, uma análise teórica de Escolano (2017) por meio de diferentes primas culturais de uma instituição.

Creemos que decifrar a cultura de uma instituição, apesar de tarefa difícil por envolver o aprofundamento no campo da subjetividade e a temporalidade de um curso tão jovem, seja o caminho mais adequado para conhecê-la no presente e planejar seu futuro.

5.2 UMA PALAVRA SOBRE A ATUAL SITUAÇÃO DEMOGRÁFICA DO MÉDICO NO BRASIL

Os mais de duzentos anos de ensino médico no Brasil produziram transformações profundas no perfil do médico brasileiro (BATISTA, 2015). Ainda, ao longo da história, sempre contamos com a inserção de médicos estrangeiros a mesclar sua prática com conhecimentos locais, sobretudo após a contratação por meio do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) a partir de 2013 (BRASIL, 2013; BATISTA, 2015; VIEIRA, 2018). É pertinente lembrar que o PMMB possibilitou um novo arranjo da distribuição de médicos no Brasil, alocando mais profissionais, inclusive estrangeiros, na atenção primária focando as áreas e populações historicamente mais desassistidas, aumentando a oferta de vagas por meio da abertura de novos cursos de Medicina, majoritariamente privados e expandindo vagas de pós-graduação na residência médica. O PMMB também planejava estabelecer novas diretrizes para a graduação e formação especializada dos médicos (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018).

Principiamos este capítulo por traçar um perfil mais recente do médico brasileiro, elencando alguns aspectos de interesse do quadro social. Este retrato, num contexto mais amplo do país, pomos em paralelo a alguns aspectos observados em nossa amostra.

Considerando-se os dados dos Conselhos Regionais de Medicina em todo o país, o Brasil tinha até o ano de 2017, 451.777 registros médicos, contando-se alguns registros secundários (8,9% dos médicos atuam com mais de um registro), de um total de 414.831

médicos atuantes. Mostrando também uma procura pela especialização (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018).

Tabela 51: Registros de títulos em especialidades em 2018

Registros médicos, segundo número de títulos – Brasil, 2018		
Número de títulos em especialidades	Número de médicos	(%)
Nenhum	169.581	37,5
1	199.884	44,3
2	67.984	15,0
3 ou mais	14.328	3,2
Total	451,777	100,0

Nota: nesta análise foi usado o número de registros de médicos.

Fonte: Scheffer M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2018.

Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2018.

Lembramos mais uma vez que a potência deste estudo e sua argumentação estão limitadas a este recorte histórico e teórico. Consideramos que a demografia médica foi e é em nosso meio influenciada tanto por escolhas pessoais, profissionais de foro íntimo, bem como induzida pelo mundo do trabalho, interesses econômicos e pela regulação do Estado. Como um fenômeno extremamente dinâmico, não nos cabe aqui fazer projeções ou juízos de valor seja no campo individual como coletivo. Trata-se de uma área do conhecimento complexa e multifatorial, exigindo abordagens multivariadas e transdisciplinares. À sociedade médica, representada por suas associações de classe e especialidades, juntamente à comunidade científica mais ampla cabe a tarefa de estudar mais profundamente este tema que em muito excede a capacidade deste pesquisador isolado.

Quanto à nossa amostra, como visto anteriormente, trata-se de egressos de escola médica pública. É possível que os egressos da formação pública tenham nuances sociais e compromissos finais algo diferentes das escolas privadas, que hoje são maioria no Brasil.

O levantamento estatístico o qual levamos em conta, a Demografia Médica (2018), até novembro de 2017 havia identificado 289 escolas médicas no Brasil em atividade, sem contar cursos já autorizados e ainda não ativos (eram 16 escolas nesta situação até janeiro de 2018). De um total de 29.271 vagas anuais 19.034, perfazendo 65%, eram de vagas em escolas particulares, uma inversão que se observava desde a década de 1970 (BATISTA, 2015). Apenas um ano antes esta cifra era de 62,24%, mostrando que a retração do ensino público se mantém. De forma geral, o país oferece 14,1 vagas em escolas médicas por 100.000 habitantes. sendo maior a densidade na região Sudeste (Minas Gerais chega a 19,6). No Ceará, esta oferta é da

ordem de 11,5 vagas por grupo de 100.000 habitantes, já com predomínio de escolas privadas (61,4% das vagas) (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018).

Tabela 52: Oferta de cursos de Medicina no Nordeste

Região/UF	Natureza administrativa da escola						Total		Vagas por 100 mil habitantes
	Pública			Privada					
	Nº	Vagas	%	Nº	Vagas	%	Nº	Vagas	
Região Nordeste	41	3.068	42,5	30	4.143	57,5	71	7.211	12,6
Maranhão	4	330	57,0	2	249	43,0	6	579	8,3
Piauí	4	240	39,9	3	361	60,1	7	601	18,7
Ceará	4	400	38,6	4	636	61,4	8	1.036	11,5
Rio Grande do Norte	4	280	59,3	1	192	40,7	5	472	13,5
Paraíba	3	265	27,2	6	710	72,8	9	975	24,2
Pernambuco	6	510	45,9	4	600	54,1	10	1.110	11,7
Alagoas	3	210	42,4	2	285	57,6	5	495	14,7
Sergipe	2	160	53,3	1	140	46,7	3	300	13,1
Bahia	11	673	41,0	7	970	59,0	18	1.643	10,7

Fonte: Demografia Médica no Brasil 2018.

Desde 2015, a FAMED Barbalha oferece 80 vagas a cada ano e a outra instituição, privada, oferece mais 100 por ano, perfazendo 180 vagas anuais apenas na região do Cariri. (PPC, 2016; ESTÁCIO, 2020)

Como visto anteriormente, a Organização Mundial da Saúde recomenda que para uma saúde de qualidade, deve-se ter uma relação de um médico para cada grupo de 1.000 habitantes. Em que se pese severas desproporções entre regiões, estados e a capitais em relação ao interior, no ano anterior ao da implantação da FAMED Barbalha, se tinha já uma proporção no Brasil de 1,72/1.000, aumentando para 2,1/1.000 em 2015, pouco menos de 10 anos de formada a primeira turma. Naquele ano, o Ceará registrava 11.043 médicos para 8.778.576 habitantes, uma relação de 1,26/1.000. No entanto, enquanto esta razão era de 3,40/1000 na capital do estado, o interior concentrava apenas 0,38 médico por grupo de 1.000 habitantes. Interiorizar o ensino médico é apenas uma estratégia, não a definitiva para fixar médicos no interior, o que deve ser mais bem estudado por outros estudos. (PORTAL MÉDICO, 2003; DEMOGRAFIA MÉDICA, 2015; PPC, 2016).

O estudo de Queiroz (2011) que analisou amostra do curso irmão da FAMED Sobral observou sobre a proposta do curso: “[...] a formação de médicos na própria região iria propiciar uma oferta deste tipo de mão de obra suficiente para suprir a demanda de atendimento no nível de atenção primária, mais precisamente no Programa Saúde da Família (PSF)”. Entretanto, ao final da pesquisa chegou à conclusão que:

[...] grande número de alunos oriundos de outros estados e municípios, matriculados no curso de Medicina da UFC de Sobral, que quando formados, buscam seus lugares

de origem ou outros centros mais desenvolvidos para realizar capacitações, como a residência médica e aperfeiçoamentos. (QUEIROZ, 2011)

Assim, é possível compreender que interiorizar o ensino médico é um passo importante.

Mas é necessário avançar na infraestrutura de ensino e condições de trabalho (QUEIROZ, 2011). Os achados desse trabalho tornam mais relevante entender a cultura de um curso, de uma instituição e de seus componentes.

O próprio fenômeno da interiorização da Medicina e do ensino médico tem dividido opiniões, sobretudo desde 2013.

A interiorização da Medicina deve ser feita mesmo que só com estetoscópio e termômetro, não esquecendo de que a Medicina foi feita para quem está doente e não para o médico que é apenas o veículo desse recurso, assim como a justiça não foi feita para os advogados e juízes, mas, sim, para os injustiçados. (DIÁLOGOS DO SUL, 2013)

O contraponto à política de interiorização leva em conta a necessidade de melhor infraestrutura antes do envio dos profissionais médicos e também o fato das condições de trabalho e de vínculo empregatício não se compararem à classe citada no texto, a do judiciário. Está crítica é contida no corpo do mesmo artigo (DIÁLOGOS DO SUL, 2013)

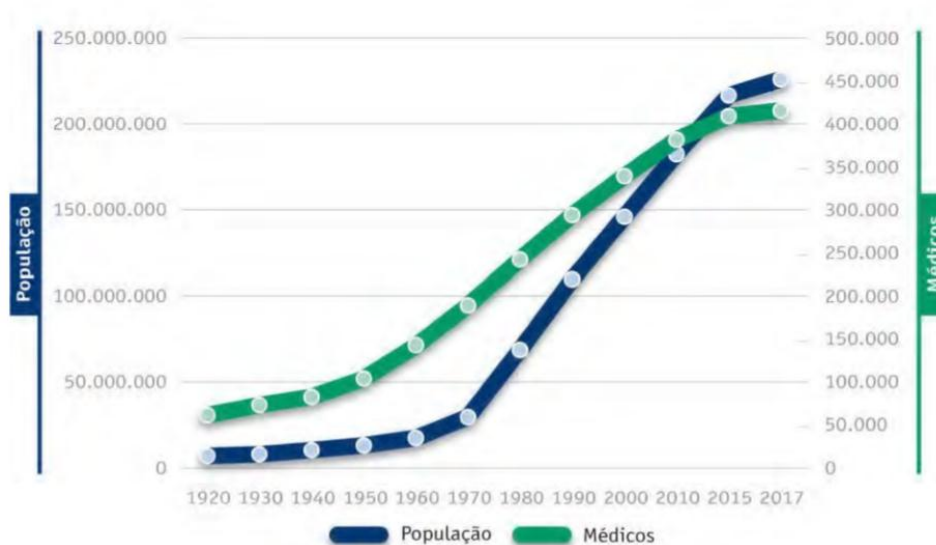
Os dados contidos na Demografia Médica (2018) apontam para um crescimento de 2.219,8%, ou seja, de 32,2 vezes, do número de médicos registrados no Brasil entre 1920 e 2017. Neste mesmo período a população brasileira também se desenvolveu, mas numa proporção menor, de 577,8%, ou em 6,8 vezes a inicial. Assim o ritmo de crescimento da classe médica em relação à população geral foi de 3,7 vezes. Analisando-se apenas os últimos 47 anos, percebeu-se um crescimento de 119,7%, ou de 2,2 da população geral, em face a um crescimento de 665,8%, ou 7,7 vezes da população médica (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018).

Tabela 53: Evolução da população médica e geral no Brasil
Evolução no número de registros de médicos e da população entre 1920 e 2017 – Brasil, 2018

Ano	Médicos	População
1920	14.031	30.635.605
1930	15.899	–
1940	20.745	41.236.315
1950	26.120	51.944.397
1960	34.792	70.992.343
1970	58.994	94.508.583
1980	137.347	121.150.573
1990	219.084	146.917.459
2000	291.926	169.590.693
2010	364.757	190.755.799
2017	451.777	207.660.929

Nota: nesta tabela foi usado o número de registros de médicos. A fonte para a população é o Censo Demográfico do IBGE.
Fonte: Scheffer M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2018.

Evolução do número de registros de médicos e da população entre 1920 e 2017 – Brasil, 2018



Nota: nesta análise foi usado o número de registros de médicos.

Fonte: Scheffer M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2018.

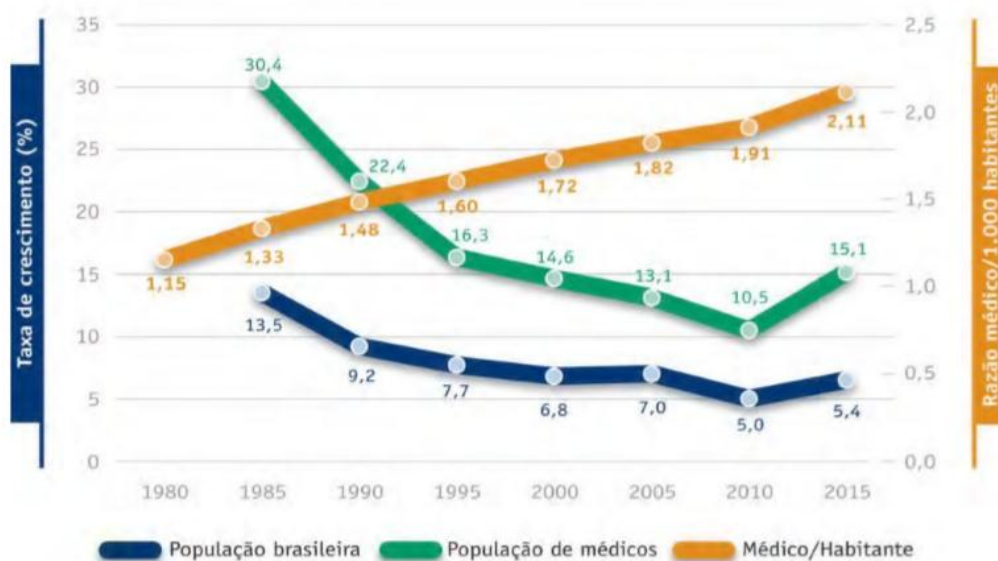
Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2018.

Deve-se considerar, contudo, que:

O ritmo mais lento de crescimento da população geral está relacionado a alterações significativas nos níveis e padrões dos eventos vitais de fecundidade e mortalidade. Já o ritmo mais acelerado do aumento da população de médicos ocorre em períodos subsequentes à abertura de novos cursos de Medicina e autorização de mais vagas de graduação. (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018)

Gráfico 9: taxa de crescimento da população médica e geral no Brasil e da relação médico por grupo de 1.000 habitantes

Evolução da população, do número de registros de médicos e da razão médico por mil habitantes entre 1980 e 2015 – Brasil, 2018



Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2018.

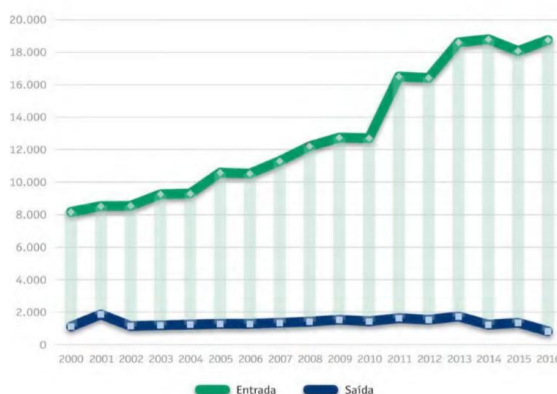
Esta estatística, certamente, leva em consideração apenas os médicos com registros ativos nos Conselhos Regionais de Medicina (CRM) (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018).

Gráfico 10: Total de entradas e saídas de médicos no Brasil

Evolução de entradas e saídas de médicos entre 2000 e 2016 – Brasil, 2018

Ano	Entrada	Saída	Crescimento
2000	8.166	1.114	7.052
2001	8.514	1.858	6.656
2002	8.536	1.143	7.393
2003	9.253	1.191	8.062
2004	9.299	1.238	8.061
2005	10.575	1.280	9.295
2006	10.525	1.277	9.248
2007	11.298	1.348	9.950
2008	12.205	1.416	10.789
2009	12.738	1.530	11.208
2010	12.705	1.435	11.270
2011	16.508	1.633	14.875
2012	16.425	1.535	14.890
2013	18.611	1.735	16.876
2014	18.801	1.227	17.574
2015	18.081	1.340	16.741
2016	18.753	824	17.929
Total	220.993	23.124	197.869

Evolução de entradas e saídas de médicos entre 2000 e 2016 – Brasil, 2018



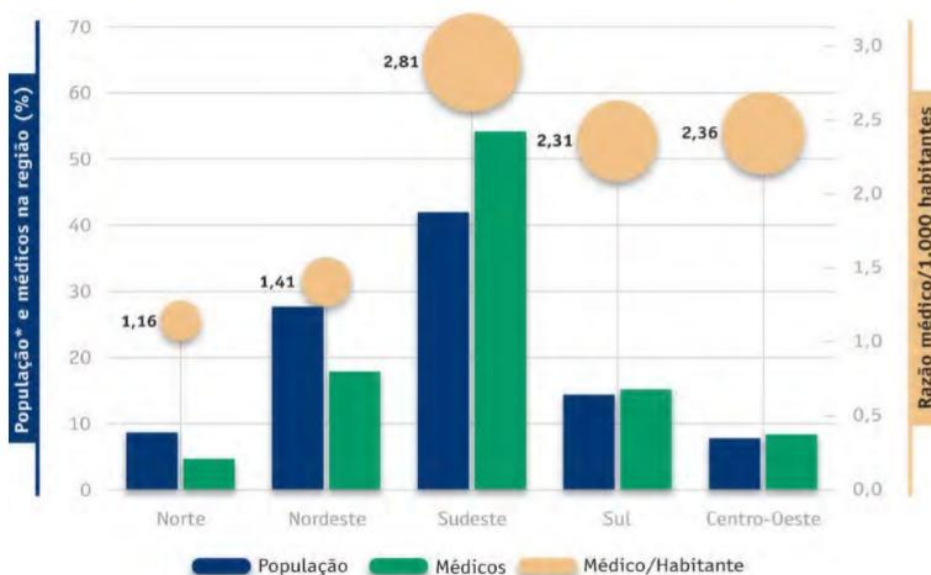
Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2018.

Estas são considerações iniciais que embasam discussões sobre a pertinência da interiorização médica. Entretanto, não se pode resumir toda a discussão à análise de números frios da quantidade de médicos por grupo de mil habitantes no Brasil sem levar em conta sua distribuição, muito menos as condições práticas do exercício da profissão em cada local. Para tanto, mais estudos quantitativos são necessários para aquilatar minúcias da infraestrutura e oferta de serviços médicos, bem como estudos qualitativos para aproximar-se mais ainda do resultado final das ações médicas em cada área do país.

O estudo Demografia Médica (2018), mostra esta desigualdade entre regiões no Brasil. O Sudeste é a região com maior densidade médica por habitante, razão de 2,81, contra 1,16 no Norte e 1,41 no Nordeste. Segundo dados da pesquisa Demografia Médica (2018), o Brasil atinge as recomendações da distribuição de médicos, contando com 2,18 médicos para cada grupo de 1.000 habitantes. Quanto à distribuição há realmente distorções. Enquanto cidades brasileiras como Vitória no Espírito Santo tem razão de 12,0/1.000, várias áreas do interior nordestino não chegam às recomendações da OMS de um médico por mil habitantes. A região Nordeste como um todo, como dito acima, dispõe de 1,41/1.000 de razão.

Gráfico 11: Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões – Brasil, 2018

Distribuição de médicos e população, segundo grandes regiões – Brasil, 2018



Nota: nesta análise foi usado o número de registros de médicos. Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2018.

Fonte: Demografia Médica no Brasil 2018.

O estado do Ceará não fica muito distante, com 1,40/1.000. O Ceará tem 4,3% da população brasileira e conta com 2,8% dos médicos. Contudo, Fortaleza, com 2.627.482 habitantes, conta com 9.533 médicos, enquanto toda a região interior do estado, com 6.929.978 habitantes, conta apenas com 3.119 médicos. Dito de outra forma, a capital do Estado do Ceará concentra 75,3% dos médicos. Comparando em razões, a capital agrega 3,65 médicos por cada grupo de mil habitantes, o interior apenas 0,49/1.000. Contando todo o interior dos 27 estados federativos do Brasil, a razão é de 1,28/1.000, enquanto nas capitais chega a 5,07/1.000. A situação se agrava nos municípios de pequeno porte. Quanto menor o município, menor a possibilidade de se fixar médicos nele (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018).

Tabela 54: Razão de médicos por mil habitantes segundo extratos populacionais

Distribuição de médicos e razão médico por mil habitantes, segundo estratos populacionais de municípios – Brasil, 2018

População por município	Nº de municípios	Nº de médicos	População do estrato	Razão
Até 5 mil	1.235	1.273	4.184.601	0,30
5 a 10 mil	1.215	2.796	8.664.121	0,32
10 a 20 mil	1.352	7.588	19.379.074	0,39
20 a 50 mil	1.103	22.364	33.526.377	0,67
50 a 100 mil	355	28.618	24.658.771	1,16
100 a 500 mil	268	116.681	54.622.975	2,14
+ de 500 mil	42	271.366	62.625.010	4,33
Total	5.570	450.686	207.660.929	2,17

Nota: nesta análise foi usado o número de registros médicos.

Fonte: Scheffer M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2018.

Fonte: Demografia Médica, 2018

Tabela 55: Distribuição de médicos por regiões

Distribuição de médicos, segundo municípios do interior das unidades da federação e grandes regiões – Brasil, 2018

	Médicos	%*	%**	População	%**	Razão
Interior	202.829	44,9	100,0	158.185.619	100,0	1,28
Região Norte	5.868	28,1	2,9	12.357.270	7,8	0,47
Região Nordeste	24.142	29,9	11,9	44.720.915	28,2	0,54
Maranhão	1.712	28,1	0,8	5.908.361	3,7	0,29
Piauí	830	21,5	0,4	2.369.059	1,5	0,35
Ceará	3.119	24,7	1,5	6.392.978	4,0	0,49
Rio Grande do Norte	1.572	27,1	0,8	2.621.823	1,7	0,60
Paraíba	2.646	39,2	1,3	3.213.960	2,0	0,82
Pernambuco	4.757	29,0	2,3	7.839.569	5,0	0,61
Alagoas	717	15,7	0,4	2.346.694	1,5	0,31
Sergipe	313	8,2	0,2	1.638.010	1,0	0,19
Bahia	8.476	40,9	4,2	12.390.461	7,8	0,68
Região Sudeste	123.842	50,7	61,0	65.435.594	41,4	1,89
Região Sul	39.544	57,8	19,5	25.765.810	16,3	1,53
Região Centro-Oeste	9.433	26,1	4,7	9.906.030	6,3	0,99

Fonte: Demografia Médica no Brasil 2018.

5.3 UM PERFIL A PARTIR DA PRIMEIRA TURMA DE MEDICINA DA FAMED BARBALHA

Passamos agora a analisar alguns aspectos da amostra de egressos da primeira turma de Medicina da FAMED Barbalha. Enviados 35 questionários via e-mail e aplicativo de mensagens WhatsApp, obtivemos 30 respostas. Nosso intuito foi comparar o perfil da primeira turma como um dos objetos desta pesquisa, a partir desta amostra, com o perfil atual do médico, no intuito de criar uma perspectiva evolutiva. Claro, seria interessante e outras oportunidades, um tratamento estatístico ano a ano para comparar turmas equivalentes, avaliando o perfil regional frente ao nacional.

5.3.1 Gênero

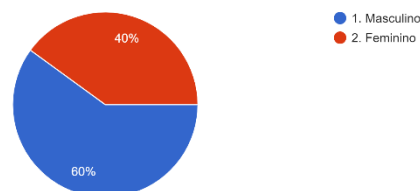
Até 2017, a maioria dos médicos registrados ainda é de homens, com 54,4% do total de 414.831 médicos registrados. Mais especificamente no Ceará, os homens ocupam 57,2% dos registros médicos. Contudo, tem-se registrado um processo de maior feminização da profissão médica. Entre os mais jovens, as mulheres já são maioria, representando 57,4% no grupo de até 29 anos e 53,7% na faixa entre 30 e 34 anos. A partir desta faixa etária os homens são sempre maioria. Em adição há variações de acordo com a especialidade e região do país (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018). A FAMED Barbalha graduou em sua primeira turma 60% de homens, ainda distante da primeira turma da UFC Fortaleza que graduou 66,6% de mulheres em sua primeira turma, ainda em 1953 (FAMED, 2016; UFC, 2019). A estatística da Demografia Médica (2018) revela que em 2000, um ano antes de ingressarem os alunos da primeira turma da FAMED Barbalha, as mulheres representavam 35,8% da força de trabalho médica, aumentando para 39,9% em 2010 (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018).

Gráfico 12: Relação entre mulheres e homens médicos no Brasil / FAMED Barbalha 2006

Distribuição de médicos, segundo idade e sexo – Brasil, 2018

Idade	Feminino	(%)	Masculino	(%)	Total
≤ 29 anos	32.915	57,4	24.445	42,6	57.360
30 - 34 anos	35.464	53,7	30.627	46,3	66.091
35 - 39 anos	27.809	47,3	30.975	52,7	58.784
40 - 44 anos	19.718	45,2	23.888	54,8	43.606
45 - 49 anos	16.729	47,5	18.460	52,5	35.189
50 - 54 anos	16.226	45,8	19.215	54,2	35.441
55 a 59 anos	14.586	42,8	19.464	57,2	34.050
60 - 64 anos	13.361	37,5	22.227	62,5	35.588
65 - 69 anos	9.011	28,3	22.846	71,7	31.857
≥ 70 anos	3.462	20,5	13.403	79,5	16.865
Total	189.281	45,6	225.550	54,4	414.831

1. GÊNERO
30 respostas



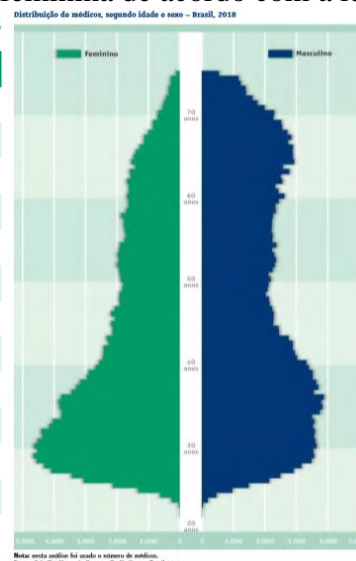
Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2018 / Pesquisa do autor (2019)

Tabela 56: Presença da mulher médica por década / Presença feminina de acordo com a idade

Evolução do número de médicos entre 1910 e 2017, segundo sexo – Brasil, 2018

Ano	Feminino	(%)	Masculino	(%)
1910	2.956	22,3	10.314	77,7
1920	3.015	21,5	11.016	78,5
1930	3.037	19,1	12.862	80,9
1940	3.131	15,1	17.614	84,9
1950	3.450	13,2	22.670	86,8
1960	4.519	13,0	30.273	87,0
1970	9.341	15,8	49.653	84,2
1980	32.239	23,5	105.108	76,5
1990	67.483	30,8	151.601	69,2
2000	104.554	35,8	187.372	64,2
2010	145.568	39,9	219.189	60,1
2017	189.281	45,6	225.550	54,4

Nota: nesta análise foi usado o número de médicos.

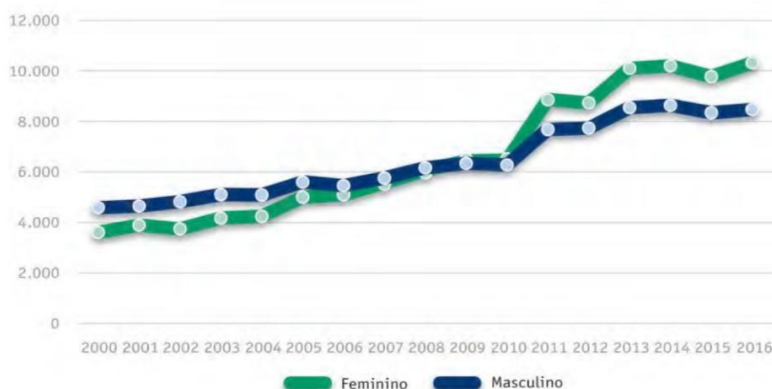
Fonte: Scheffer M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2018.

Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2018.

O processo de feminização se completará, caso mantenha-se a tendência histórica (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018).

Gráfico 13: Progressão dos registros médicos de 2000 a 2016, por sexo

Evolução de registros de novos médicos entre 2000 e 2016, segundo sexo – Brasil, 2018



Nota: nesta análise foi usado o número de médicos.

Fonte: Scheffer M. *et al.*, Demografia Médica no Brasil 2018.

Fonte: Demografia Médica no Brasil, 2018.

5.3.2 Cor /etnia

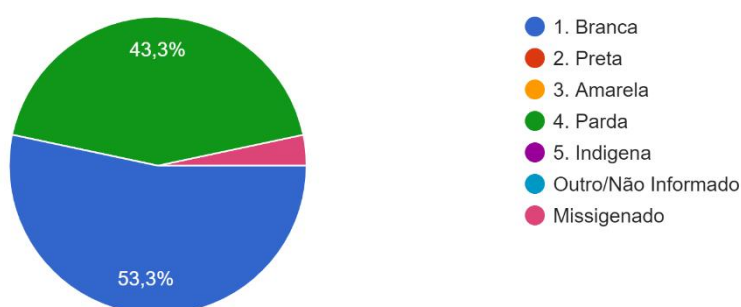
De acordo com os dados da Demografia Médica (2018) sobre recém-formados, um total de 77,2% dos entrevistados se autodeclara da cor branca, porcentagem que sobe para 89,5% na região Sul, 80,9% no Sudeste, e cai para cerca de 54% no Nordeste e no Norte. Apenas 1,8% se declararam negros e 16,2%, pardos. Segundo o Censo do IBGE de 2010, no total da população brasileira, 7,6% se declararam negros, e 43,1%, pardos. Na nossa amostragem dos alunos ingressantes em 2001, das opções: Branca, Preta, Amarela, Parda, Indígena ou outra, 53,3% se declarou de cor branca, 43,3% de cor parda e 3,3% se declarou miscigenado e os

médicos recém-graduados no Brasil, na sua grande maioria, são solteiros, brancos, não têm filhos.

Gráfico 14: COR / Etnia

2. COR/ETNIA: Você se identifica como de cor ou raça¹:

30 respostas



Fonte: Pesquisa do autor (2019)

5.3.3 Crença Religiosa

Nossa amostra revelou uma maioria importante de católicos, 76,7%, seguidos de 10% de espíritas, 6,7% de ateus e 6,6% de crença não definida.

5.3.4 Idade ao ingressar no curso

Na estatística da Demografia Médica (2018), ao se formarem, 16,8% deles tinham até 24 anos, 68,4% tinham de 25 a 29 anos e apenas 14,8% dos participantes tinham 30 anos ou mais. Nossa amostragem mostrou 80% entre 17 e 20 anos ao ingressar no curso, 23 a 26 na graduação, e, 20% entre 21 e 23 anos ao ingressar, na faixa de 27 a 30 ao deixar o curso graduado.

5.3.5 Estado Civil

A maioria ingressou solteiro no curso, continuando 91% de solteiros à época de formatura. Na nossa amostra, 100% era solteira ao ingresso do curso. Não questionamos à formatura. Posteriormente, por meio de aplicativo de mensagens, os mesmos participantes da mostra responderam que nenhum estava casado ao fim da graduação.

5.3.6 Ingresso por transferência

Apenas um respondente (3,3%) havia sido transferido de outra instituição. Os demais alunos graduados na primeira turma da FAMED Barbalha haviam ingressado por concurso vestibular.

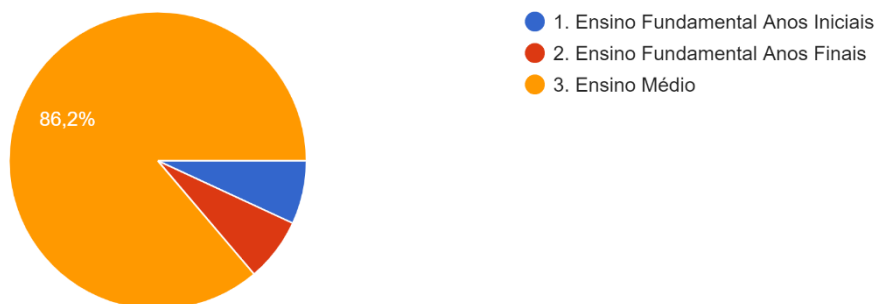
5.3.7 Estudo em Escola Pública e Particular

A estatística da Demografia Médica (2018) verificou um total de 79,1% de respondentes que cursaram ensino médio em escola particular, dentre os egressos de faculdades privadas, 80,3% estudaram em colégio particular, contra 75,6% dos egressos de faculdades públicas. Em nossa amostra, apenas 10% haviam cursado ensino público em alguma fase da vida escolar e todos haviam cursado ensino particular em alguma fase da vida. 86,2% deles haviam cursado o ensino médio em colégios particulares antes do ingresso no curso de Medicina.

Gráfico 15: Estudos em escolar particular ou pública

10.1 SE AFIRMATIVO, EM QUE PERÍODO ESTUDOU EM ESCOLA PARTICULAR?

29 respostas



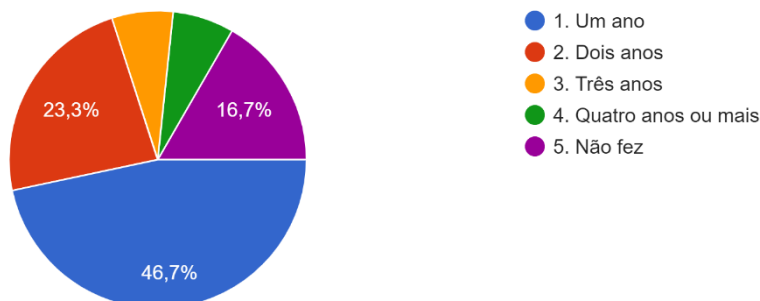
Fonte: Pesquisa do autor

Segundo a análise da Demografia Médica, no País todo, 43,6% fizeram cursinho durante dois anos – nesse grupo, 18,6% estiveram em curso preparatório por três anos ou mais. Nossa amostragem mostrou que 46,7% fez cursinho preparatório para o vestibular por um ano, 36,6% deles havia feito por período entre dois a quatro anos e apenas 16,7% nunca havia feito o cursinho pré-vestibular.

Gráfico 16: Curso preparatório para ingressar na faculdade de medicina

22. FEZ ALGUM CURSO PARTICULAR PREPARATÓRIO (CURSINHO)? DURANTE QUANTO TEMPO?

30 respostas



Fonte: Pesquisa do autor

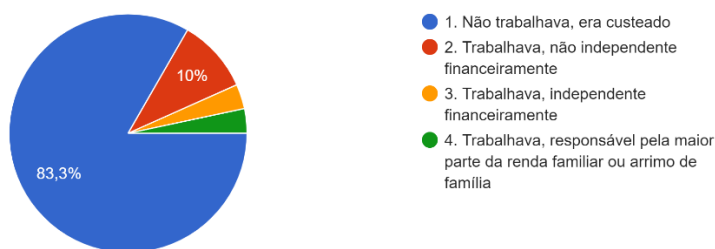
5.3.8 Renda familiar ao ingressar no curso

Um total de 85,6% dos entrevistados pelo estudo Demografia Médica (2018) descreveu sua situação no final do curso de Medicina como alguém que ainda não trabalha e é “financiado pela família”. Na nossa amostragem, também uma maioria de 83,3% não trabalhava, 10% trabalhava, mas não era independente. Um entrevistado era independente financeiramente e outro, além desta condição, era arrimo de família, cada um representando 3,3%.

Gráfico 17: Participação na renda familiar

14. QUAL A SUA PARTICIPAÇÃO NA VIDA ECONÔMICA DE SUA FAMÍLIA NO INGRESSO DO CURSO: (considerando-se qualquer trabalho remunerado)

30 respostas



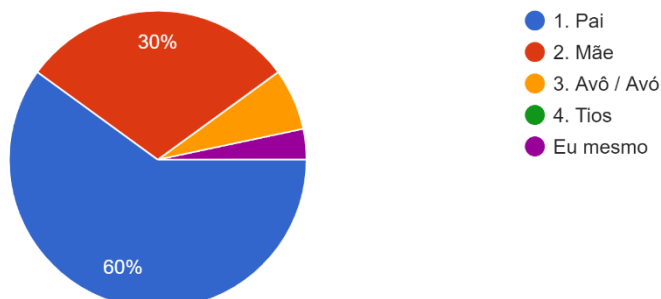
Fonte: Pesquisa do autor

Na residência daqueles que eram dependentes financeiramente, o pai era o principal provedor, em 60% dos casos. Porém, já havia uma importante inserção da mulher na renda doméstica.

Gráfico 18: Dependência dos provedores

15. SE ERA DEPENDENTE, QUEM ERA(M) SEU(S) PRINCIPAL(IS) PROVEDOR(ES):

30 respostas



Fonte: Pesquisa do autor

Em média, Pouco mais de um terço deles (35,4%) vem de famílias com renda mensal entre três e dez salários-mínimos. As famílias de outros 29% têm renda mensal de 11 a 20 salários-mínimos. Entre os egressos formados em escolas do Norte do País, 14,8% são de famílias que ganham até três salários-mínimos mensais. Aqueles que vêm de famílias com renda mensal mais elevada, acima de 21 salários-mínimos, são 31,2% dos estudantes de faculdades privadas e 20,4% de instituições públicas.

Em nossa amostragem nós verificamos que 83,3% dos alunos não trabalhava quando ingressou no curso. Quanto à faixa de renda da família ao ingressarem no curso, a maioria se situava entre 5 a 10 Salários Mínimo Nacional (SMN), 28,6% mais que 15 SMN, 17,9% entre 1 e 5 SMN e 10,7% na faixa entre 10 a 15 SMN.

Gráfico 19: Faixa de Rende Familiar dos pais

13. FAIXA DE RENDA FAMILIAR DOS PAIS À ÉPOCA DE INGRESSO NA FACULDADE:

28 respostas



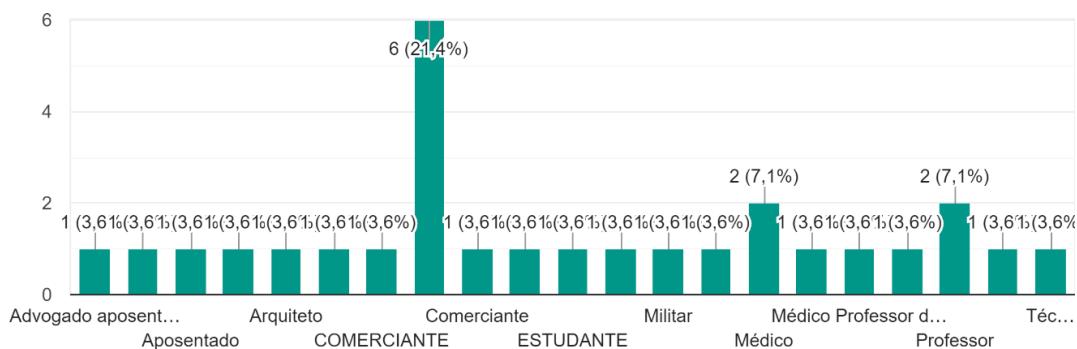
Fonte: pesquisa do autor

A maioria dos alunos tinha pai comerciante, 21,4%, seguidos de médico e professor.

Gráfico 20: Profissão do pai na época do ingresso na faculdade

11. PROFISSÃO DO PAI À ÉPOCA DO INGRESSO NA FACULDADE

28 respostas



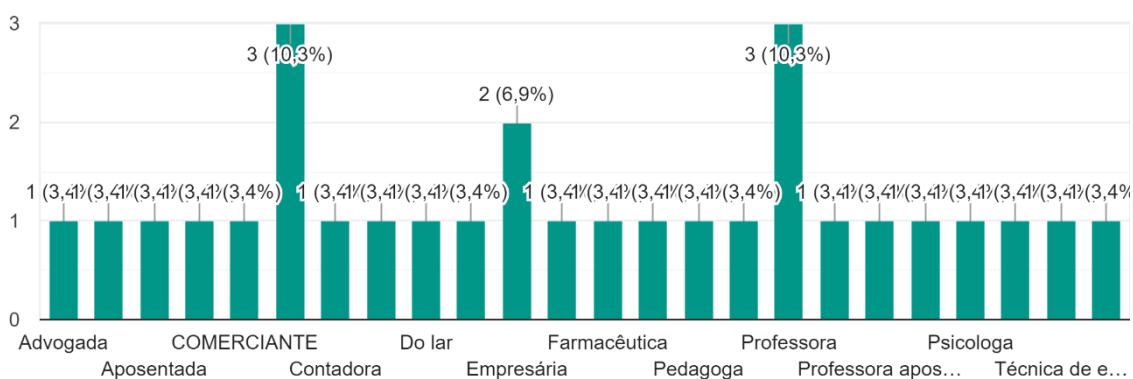
Fonte: pesquisa do autor

Perguntado sobre a profissão da mãe, houve empate entre comerciantes e professoras, 10,3% cada, contudo, contando com as respostas declaradas de pedagoga e professora aposentada, haveria vantagem das docentes.

Gráfico 21: Profissão da mãe à época do ingresso na faculdade

12. PROFISSÃO DA MÃE À ÉPOCA DO INGRESSO NA FACULDADE:

29 respostas

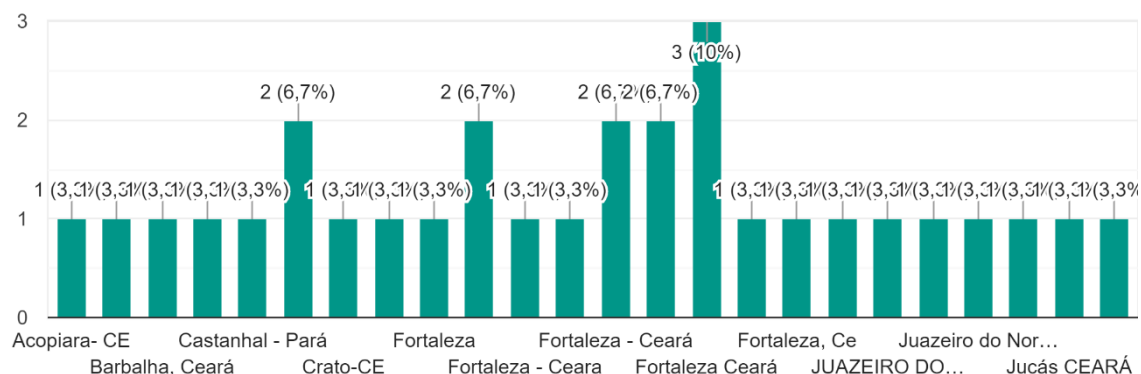


Fonte: Pesquisa do autor

Gráfico 23: Cidade ou estado onde residia quando da matrícula do curso de medicina do Cariri

7. CIDADE E ESTADO ONDE RESIDIA QUANDO DA MATRÍCULA NO CURSO DE MEDICINA DO CARIRI

30 respostas



Fonte: pesquisa do autor

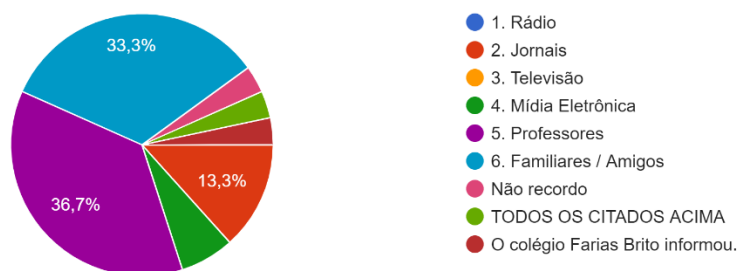
A grande maioria, 83,3% cogitou estudar Medicina fora do Cariri. Para 16,7% então, a vinda da expansão da FAMED para a região foi definitiva para sua opção pelo curso médico. Estes que não cogitaram deixar o Cariri, declararam motivos diversos, prioritariamente a relação familiar, viabilidade financeira e por considerar a região ser próspera.

A maioria dos alunos da primeira turma tomaram conhecimento da vinda da expansão por meio dos professores, 36,6%, seguidos de familiares e amigos, 33,3% e apenas 13,3% viram referências na mídia impressa, ainda 13,3% alegaram tomar conhecimento por outra fonte, inclusive citando informação institucional direta de seu colégio.

Gráfico 24: Informação sobre o curso de medicina do Cariri

21. ATRAVÉS DE QUEM OU DE QUE MEIO DE COMUNICAÇÃO TOMOU CONHECIMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DO CARIRI?

30 respostas



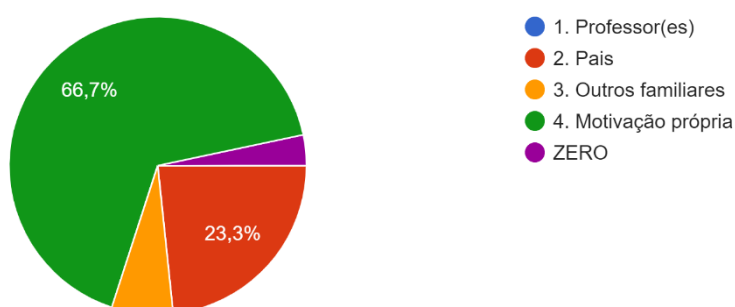
Fonte: pesquisa do autor

Quando perguntados os egressos da primeira turma da FAMED Barbalha, qual a motivação maior pela escolha do curso médico, a maioria alegou motivos próprios, com 66,7%, seguidos de motivação familiar com 23,3%.

Gráfico 25: Maior motivação para escolher o curso de medicina.

23. QUEM OU QUAL SUA MAIOR MOTIVAÇÃO PARA A ESCOLHA DO CURSO DE MEDICINA?

30 respostas



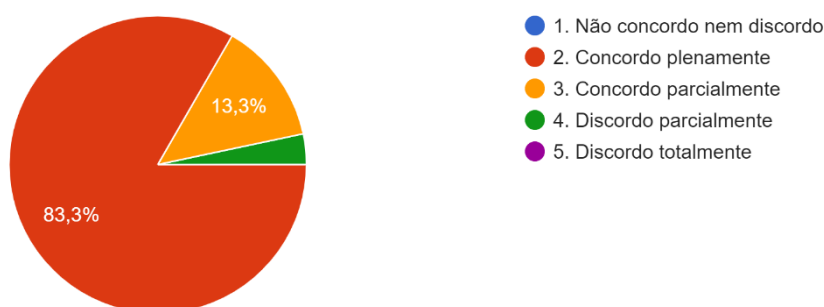
Fonte: pesquisa do autor

A grande maioria recebeu positivamente a abertura do curso no Cariri, 83,3%, havendo pouquíssima discordância.

Gráfico 26: Resposta sobre a implantação do curso de medicina do Cariri

24. RECEBI POSITIVAMENTE A IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA DO CARIRI:

30 respostas



Fonte: pesquisa do autor

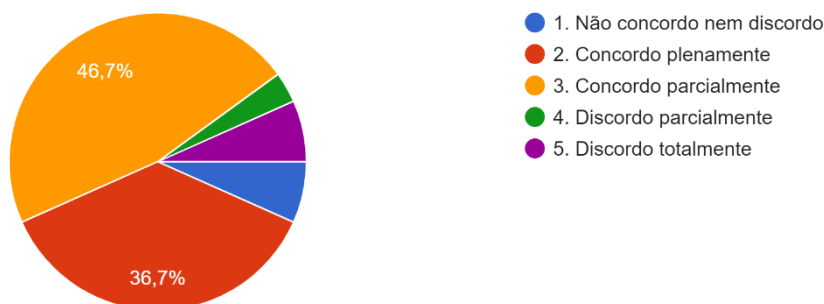
Num plano nacional, como mostra a Demografia Médica (2018), 28,2% dos médicos recém-formados ingressaram na profissão motivados pelo potencial de remuneração. Nossa amostra mostra que para 36,7% há uma concordância plena de que a carreira médica traz

segurança financeira e isso os motivou. Enquanto 46,7% concorda apenas parcialmente com a assertiva.

Gráfico 27: Motivação para escolher o curso de medicina – motivo financeiro

25. FOI UMA MOTIVAÇÃO PELA ESCOLHA DO CURSO DE MEDICINA A SEGURANÇA FINANCEIRA:

30 respostas



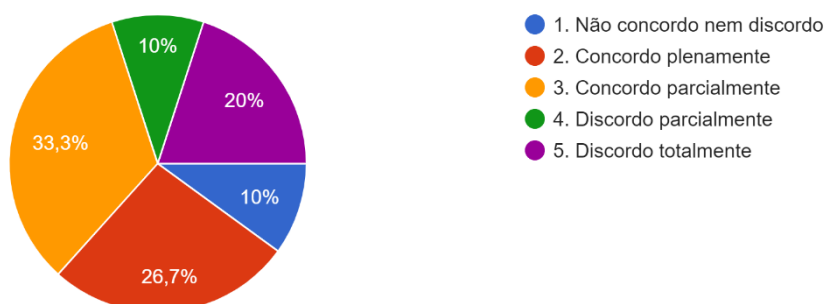
Fonte: pesquisa do autor

Quanto ao prestígio social da profissão, ele foi lembrado como decisivo para 22,8% dos entrevistados pela Demografia Médica (2018). Nossa amostragem revelou dissensão sobre o assunto embora 26,7% concorde plenamente com a sentença.

Gráfico 28: Motivação para escolher o curso de medicina – motivo do prestígio social

26. FOI UMA MOTIVAÇÃO PELA ESCOLHA DO CURSO DE MEDICINA O PRESTÍGIO SOCIAL DA PROFISSÃO

30 respostas



Fonte: pesquisa do autor

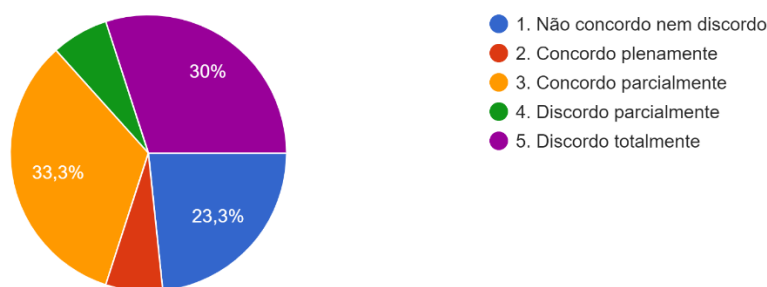
A pesquisa Demografia Médica (2018) mostrou que menos de 10% (9,1%) dos entrevistados cogitavam a carreira docente como motivo da escolha pela profissão médica. Dentre os egressos da primeira turma da FAMED Barbalha, na amostra de 30, 2 (6,7%)

concordavam plenamente, e 10 (33,3%) parcialmente, sinalizando a possibilidade de seguir a carreira.

Gráfico 29: Motivação para escolher o curso de medicina – motivo para carreira acadêmica

27. FOI UMA MOTIVAÇÃO PELA ESCOLHA DO CURSO DE MEDICINA A POSSIBILIDADE DE CARREIRA ACADÊMICA (MAGISTÉRIO):

30 respostas



Fonte: pesquisa do autor

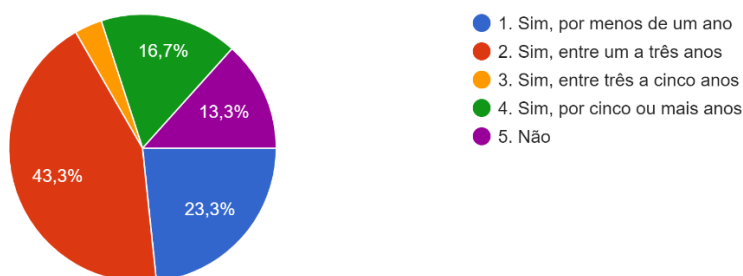
5.3.11 Atuação Profissional

Dentre os egressos da primeira turma do curso médico de Barbalha, 13,3% não chegou a atuar como generalistas, buscando logo a pós-graduação, 23,3% atuaram como médico generalista por menos de um ano. A maioria permaneceu como generalista durante um período entre um e três e 16,7% por mais de cinco anos.

Gráfico 30: Área de atuação

28. ATUA OU ATUOU COMO MÉDICO(A) GENERALISTA?

30 respostas



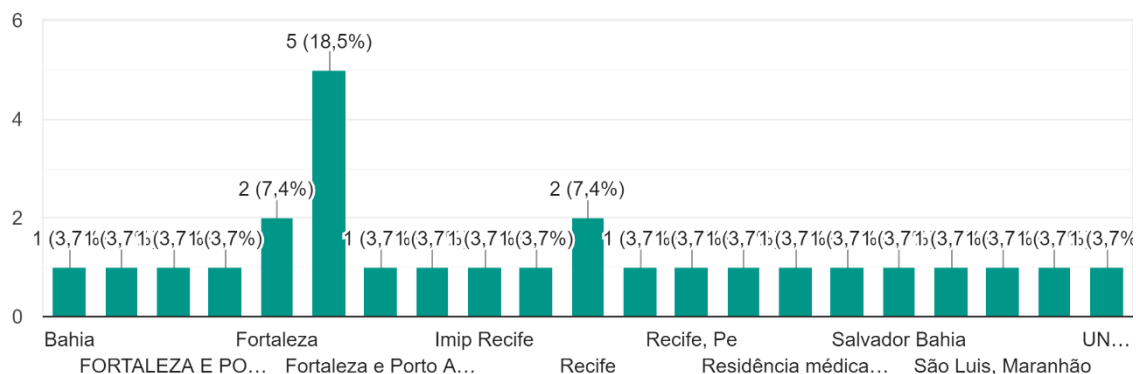
Fonte: pesquisa do autor

A amostra da Demografia Médica revela que 80,2% desejam cursar a residência médica. Da nossa amostra 90% cursou esta forma de pós-graduação. Como a região ainda não dispunha de tais cursos. A maioria dos jovens médicos buscou as capitais nordestinas.

Gráfico 31: Cidade e estado onde cursou pós-graduação

29.1 SE A RESPOSTA FOR SIM, ONDE?

27 respostas



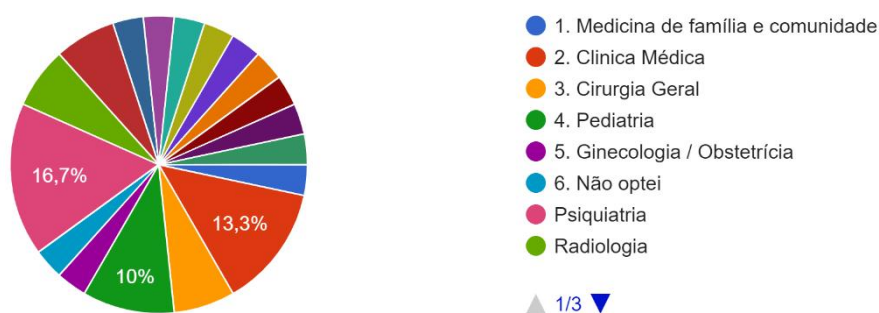
Fonte: pesquisa do autor

Dentre as diversas especialidades escolhidas pelos formandos da FAMED Barbalha da primeira turma, a psiquiatria teve destaque, com cinco especialistas da área em 30 respondentes, perfazendo 16,7%.

Gráfico 32: Opções de especialidades

30. VOCÊ OPTOU POR ALGUMA ESPECIALIDADE MÉDICA?

30 respostas



Fonte: pesquisa do autor

A especialidade foi escolhida por 4,8% dos recém-formados em 2018 (DEMOGRAFIA MÉDICA, 2018).

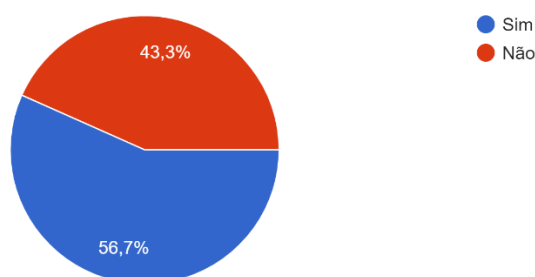
Nossa amostra também revela que a maioria (56,7%) busca fazer uma subespecialidade. Dentre as quais citaram: nefrologia, perícia médica e do trabalho, cirurgia do joelho, artroscopia, Medicina esportiva, hematologia e transplante de medula, Medicina do sono, psiquiatria geriátrica, psiquiatria forense, psiquiatria e dependência química, neonatologia,

oftalmologia e glaucoma, uroginecologia, medicina paliativa, radiologia intervencionista, cirurgia videolaparoscópica e coloproctologia.

Gráfico 33: Cursos subespecialidades

31. CURSOU ALGUMA SUBESPECIALIDADE?

30 respostas



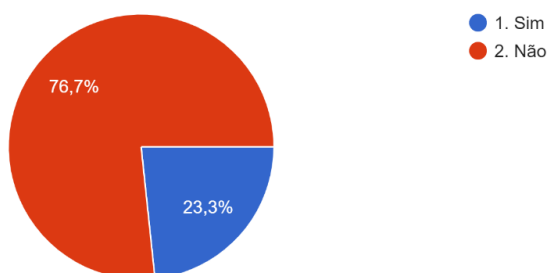
Fonte: pesquisa do autor

Bem acima da média nacional, nossa amostra revelou que mais de um quinto (23,3%) dos alunos da primeira turma da FAMED Barbalha ingressaram na carreira do magistério. Na amostragem da Demografia Médica (2018), menos de 3% citaram docência, pesquisa, gestão, direção e administração de serviços. Uma das especialidades com ampliação da oferta de residência médica nos últimos anos, a Medicina de Família e Comunidade, é a primeira opção para apenas 1,5% dos recém-formados. No momento da graduação da primeira turma da FAMED Barbalha, esta especialidade não se mostrou cativante. Apesar do currículo ter forte intenção de valorizar a atenção básica e a Medicina holística num contexto mais coletivo, apenas um dos egressos (3,3%) optou por esta especialidade.

Gráfico 34: Ingressou na carreira acadêmica (magistério)

32. VOCÊ INGRESSOU NA CARREIRA ACADÊMICA (MAGISTÉRIO)?

30 respostas



Fonte: pesquisa do autor

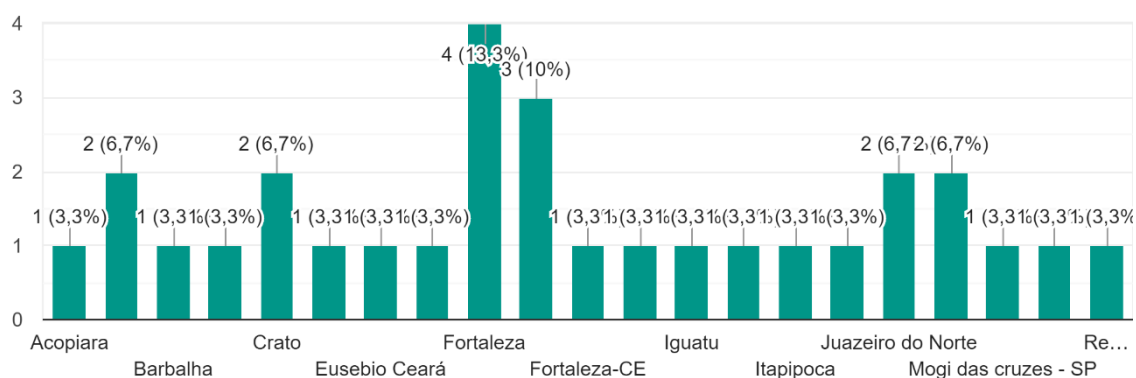
5.3.12 Campo de Atuação

Segundo a Demografia Médica (2018), a maioria dos médicos recém-formados, 44,5%, tem a intenção de atuar em suas cidades de origem. Outros 20,4%, permanecer na cidade onde se graduaram, 12,7% onde concluíram o programa de residência médica e 22,4% em outro local. Na nossa realidade, pelo menos em relação à primeira turma da FAMED Barbalha, a maioria voltou para a capital Fortaleza. A cidade que mais fixou médicos depois da capital foi Juazeiro do Norte, seguida por Crato e Barbalha, depondo sobre o poder atrativo dos maiores centros urbanos.

Gráfico 35: Cidade/Estado onde reside atualmente

33. EM QUE CIDADE RESIDE ATUALMENTE?:

30 respostas



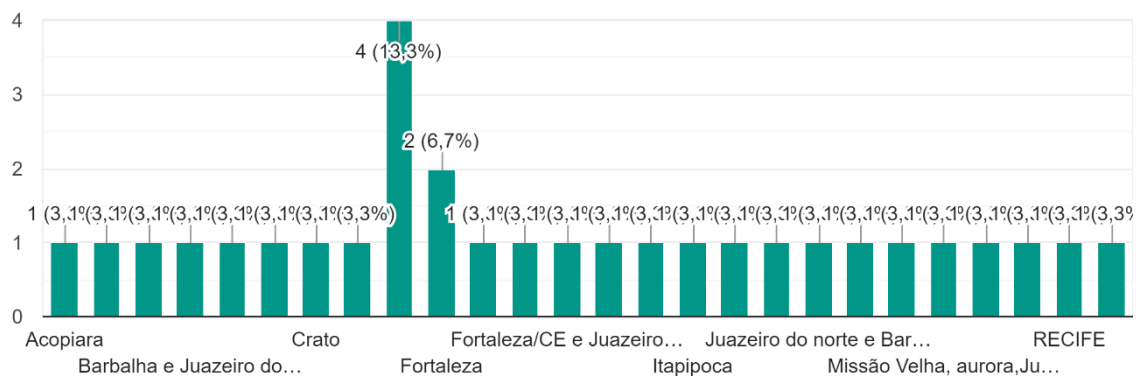
Fonte: pesquisa do autor

Dos médicos que permaneceram no Cariri, mesmo residindo em sua maioria no Juazeiro do Norte, ou pelo menos no triângulo CRAJUBAR (Crato, Juazeiro e Barbalha), ampliam sua atuação por outras cidades da região do Cariri, mesmo fora da região metropolitana.

Gráfico 36: Cidade em que trabalha atualmente

34. EM QUE CIDADE TRABALHA ATUALMENTE?:

30 respostas



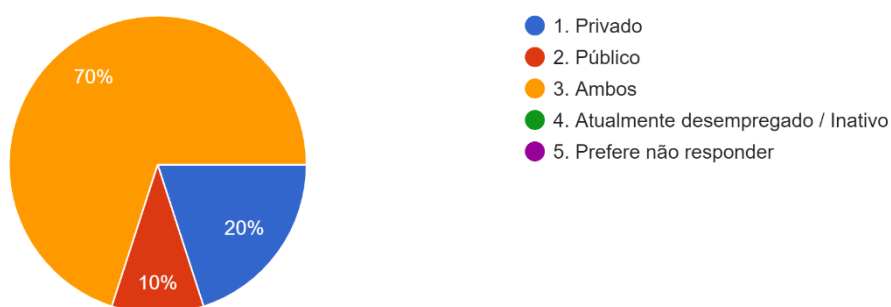
Fonte: pesquisa do autor

Quanto ao setor profissional, nossa amostra é clara ao revelar que uma minoria, 10%, atua exclusivamente no setor público. Poucos também se aventuram apenas no setor privado. Foi uma característica marcante da atuação dos médicos da primeira turma da FAMED Barbalha, o trânsito entre os setores público e privado.

Gráfico 37: Setor profissional onde atua.

35. EM QUE SETOR PROFISSIONAL VOCÊ ATUA?

30 respostas



Fonte: pesquisa do autor

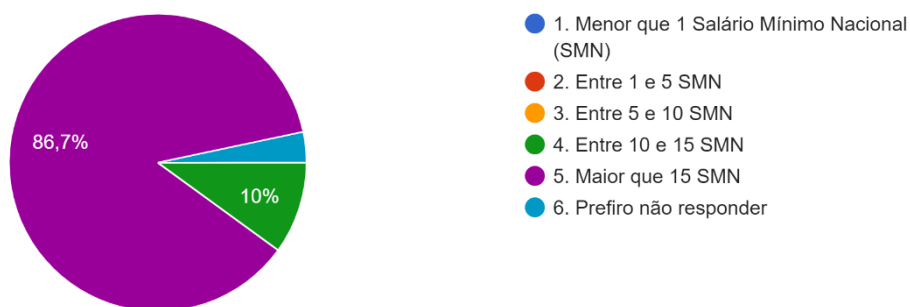
5.3.13 Renda familiar atual

Outro achado eloqüente a partir da mesma amostra foi a evolução da renda da família dos egressos após onze anos de atuação profissional em comparação com a renda de suas famílias ao ingresso do curso. Naquele momento, a faixa salarial predominante era a de entre 5 e 10 SMN, com 42,9% das respostas. Nenhuma das famílias dos jovens médicos permaneceu nessa faixa salarial. 10 % deles ascenderam para a faixa entre 10 e 15 SMN e sua grande maioria, 86,7% auferem atualmente mais que 15 SMN mensalmente.

Gráfico 38: Faixa de renda familiar

36. EM QUE FAIXA DE RENDA VOCÊ OU SUA FAMÍLIA SE SITUAM? :

30 respostas

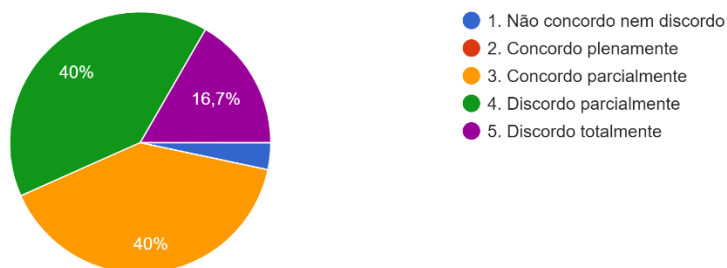


Fonte: pesquisa do autor

Passados estes anos entre sua graduação e a resposta ao questionário, os médicos da primeira turma da FAMED Barbalha dividem opiniões quando o assunto é a questão da carência de médicos. Em partes iguais de 40%, uns concordam parcialmente com a afirmação, outros discordam parcialmente, seguidos por um grupo de 16,7% que discordam totalmente de haver falta de médicos no estado. A questão deverá ser aprofundada levando-se em conta questões relacionadas à distribuição de médicos.

Gráfico 39: Opinião sobre a carência de médico no interior do estado do Ceará

37. EM SUA OPINIÃO, ATUALMENTE HÁ CARÊNCIA DE MÉDICOS NO INTERIOR DO ESTADO
30 respostas

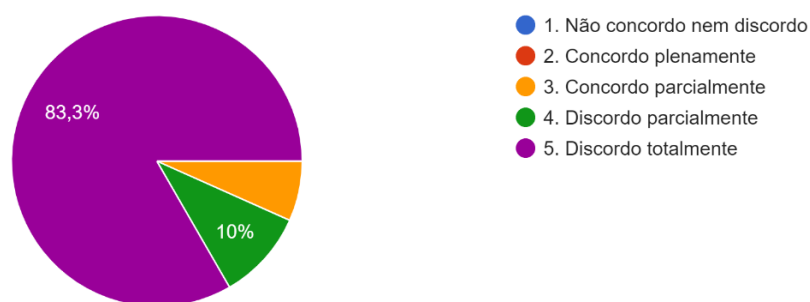


Fonte: pesquisa do autor

Atualmente o Ceará conta com oito escolas médicas, com um total de 1036 vagas anuais em todo o estado. No interior do estado estão metade dos cursos, contando com 38,6% das vagas. Quanto à abertura de novas escolas médicas no estado, apenas 6,7% concorda parcialmente, 10% discorda parcialmente e a grande maioria, 83,3% é frontalmente contra a abertura de mais vagas em cursos de Medicina.

Gráfico 40: Opinião sobre abertura de novos cursos de medicina no estado do Ceará

38. VOCÊ É FAVORÁVEL À ABERTURA DE NOVOS CURSOS DE MEDICINA EM NOSSO ESTADO
30 respostas



Fonte: Pesquisa do autor

Solicitados que complementassem suas respostas, a grande maioria dos médicos da primeira turma da FAMED Barbalha alegou já haver excesso de curso, com um processo de mercantilização da profissão em detrimento da qualidade do ensino médico. Muitos acusam a falta de infraestrutura tanto nos cursos, como nas áreas de atuação do serviço público e que a precarização das condições de trabalho e falta de incentivo a uma carreira médica deixa a

categoria à mercê dos planos de saúde. Quatro dos trinta respondentes abordaram a questão da distribuição de médicos nas cidades e destacaram a necessidade de discutir esta demanda.

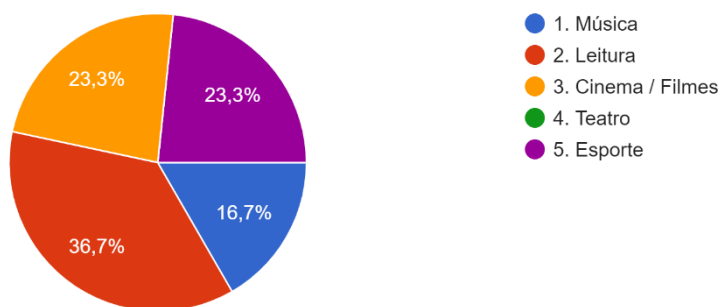
5.3.14 Aspectos culturais

Deixando um pouco de lado os aspectos acadêmicos e socioeconômicos, procuramos conhecer melhor os gostos dos jovens universitários ao ingressarem na FAMED Barbalha em 2001. O ponto forte da turma era a leitura, seguida de filmes, esportes e por fim a música.

Gráfico 41: Práticas esportivas e hobbies

17. FALE UM POUCO SOBRE SUAS REFERÊNCIAS ESPORTIVAS E CULTURAIS. TINHA ALGUM HOBBY?

30 respostas



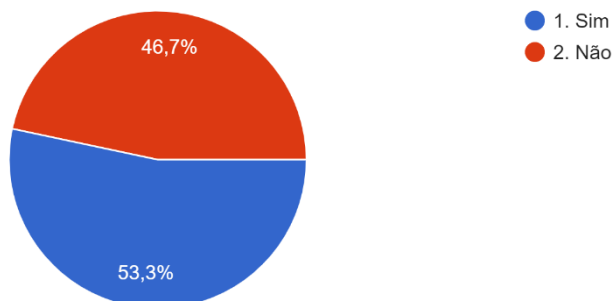
Fonte: pesquisa do autor

Ao chegarem na instituição, mais da metade, 53,3% tinha alguma atividade extracurricular.

Gráfico 42: Práticas de atividades física e artística

18. PRATICAVA ALGUM ESPORTE OU DESEMPENHAVA ALGUMA ATIVIDADE ARTÍSTICA?

30 respostas



Fonte: pesquisa do autor

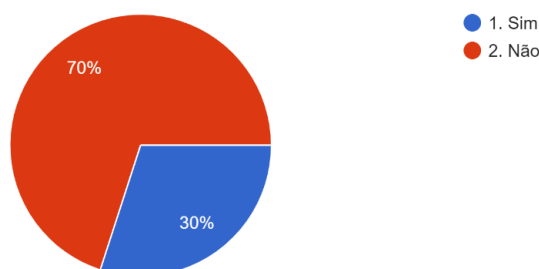
As atividades elencadas eram predominantemente de esporte, mas envolviam também o gosto literário, fosse a prosa jornalística, na contribuição para os periódicos, fosse na poesia. Foi citada também a música, com a participação nas bandas locais. Inclusive, um dos respondentes revelou ter aprendido a tocar instrumento durante a faculdade, atividade que ainda se dedica, “cada vez mais”, como citado.

Ao chegarem no Cariri, apenas 30% tinha conhecimento de qualquer manifestação cultural da região.

Gráfico 43: Conhecimento ou participação em manifestações culturais no Cariri

19. TINHA ALGUM CONHECIMENTO OU PARTICIPAVA DE ALGUMA MANIFESTAÇÃO CULTURAL CARIRIENSE?

30 respostas



Fonte: pesquisa do autor

Estes que conheciam a parte cultural caririense, destacaram as grandes festas da região como a Expocrato, as vaquejadas e principalmente a grande festa folclórica de Barbalha, a festa de Santo Antônio, em especial o cortejo do Pau da Bandeira. Outros citaram de forma genérica as manifestações populares, como as bandas de pífano e os lugares históricos e culturais da

região. Este apanhado de informações mostra um perfil comparativo entre a vida discente e a vida profissional após 12 anos da graduação, agregando conhecimento ao debate da cultura e identidade do próprio curso.

5.4 CULTURA, OU CULTURAS DO CURSO DE MEDICINA DA UFCA: UM COMENTÁRIO SOBRE OS ACHADOS QUE CONSEGUIMOS APRESENTAR NESTA PESQUISA

Esta pesquisa percorreu aspectos históricos, geográficos e socioeconômicos da região do Cariri e traçou um caminho evolutivo da Medicina e do ensino médico no Brasil até o seu encontro com a região. O desenvolvimento socioeconômico local já ensejava a vinda de um curso médico, vieram dois. A pesquisa se detém aos passos políticos e históricos que culminaram com a implantação do curso público do Cariri e seu difícil caminho para a consolidação. A implantação do primeiro curso de Medicina no Brasil se deu em 1808, na Bahia. Não antes de 1948, passados 140 anos, um curso médico viria para o Ceará e apenas em 2001, depois de 193 anos, seria implantado um curso público de Medicina na região do Cariri. No momento em realizamos este estudo, em 2018, já se passam 210 anos do início do ensino médico em terras brasileiras. Para termos uma impressão da juventude do curso de Medicina da UFCA, propõe-se um exercício de imaginação. Se comprimíssemos toda essa história em um ano do nosso calendário gregoriano, e, se considerássemos o marco histórico de implantação do ensino médico como acontecido no dia primeiro de janeiro, o ensino médico teria sido implantado em Fortaleza em 31 de agosto, com o curso da UFC, e, apenas no dia primeiro de dezembro, dia do advento para a religião católica, o Cariri receberia o curso médico da UFCA.

O curso em tela é jovem, é fato. Não comemorou nem 20 anos de funcionamento. Contudo, sua implantação e consolidação passou longe de um desejo régio, garantido por decreto. Sua criação é fruto de intrincada costura política e sua implantação garantida por esforço coletivo de uma comunidade desprendida, lutadora e visionária. Seus primeiros passos foram incertos e dependeram de muita determinação, de esforço conjunto para prosperar e consolidar-se. Sua origem e processo de desenvolvimento atravessa diferentes momentos políticos no Brasil, com percepções ideológicas diferentes do papel exercido pelo ensino superior no país. Mais lenta ou mais rapidamente, houve avançar da instituição, quaisquer que fossem as políticas públicas para a universidade. Não esteve sob questão, entretanto, em nenhum dos governos vigentes, o papel estratégico e agregador de valores humanos,

profissionais, acadêmicos e econômicos que traz um curso de Medicina para uma região interiorana do país. O desenvolvimento do curso de Medicina da UFCA neste período ressalta e atesta sobretudo seus valores internos. Uma instituição construída cotidianamente pelo trabalho conjunto de seus personagens.

Portanto, isso nos leva a buscar no curso seus aspectos identitários, sua cultura. Para tanto, valemo-nos de referenciais teóricos que põe seu foco na cultura das instituições. Aqui apenas transpomos o universo escolar para o de uma instituição de ensino superior.

Dos autores convocados em auxílio deste objetivo, Escolano (2017) nos pareceu trazer uma metodologia mais oportuna, não desprezando outros. Agustín Escolano Benito (2005), autor espanhol já apresentado anteriormente introdução metodológica, já havia escrito extensa análise sobre a cultura escolar percorrendo, em três recortes historiográficos, diferentes ciclos da política educacional de seu país natal. O autor já apontava que cada um destes ciclos históricos havia produzido uma cultura própria, fruto das interações entre aspectos normativos, teóricos e da prática educacional. Segundo o autor, também as culturas em torno da instituição condicionavam o acomodamento destes aspectos. Sua conclusão foi a de que as intervenções normativas que incidem sobre as instituições não são assimiladas automaticamente, nem tampouco a programação teórico-prática formuladas nos altos níveis acadêmico-políticos se dá de forma “bancária” como diria Paulo Freire.

Nosso trabalho não pretendeu realizar um estudo comparativo entre momentos políticos diferentes, com propostas político-pedagógicas diferentes. Apesar de haver atravessado dois governos federais de matizes e propostas ideológicas distintas, o curso estudado é muito jovem para representar mudanças muito contrastantes. Embora possa haver lugar para alguns comentários presentes e futuros, nosso objetivo não é entrar em discussões político-partidárias. O que nos chama atenção na proposta teórica de Escolano (2005, 2017) é a possibilidade de arrecadar conhecimento sobre a cultura da instituição precisamente da interação, do atrito, do movimento dialogado entre estes aspectos, normativos, teóricos e práticos, todos influenciados, decerto, pelo meio que o envolve em um determinado lugar e um determinado período histórico.

Nossa instituição, desde o ano 2000, ainda em seu planejamento, até 2018, ao encerrarmos o recorte histórico do estudo, percebeu propostas políticas e educacionais semelhantes. As diferenças encontradas se delineiam mais evidentemente na estruturação docente e nas relações de autonomia em relação ora à UFC, ora UFCA, o que seria decisivo em termos do diálogo interno e externo, ou seja, com a comunidade. Creio que nossa pesquisa

logrou compilar aspectos relevantes em relação ao direcionamento político e intencionalidade das forças políticas e acadêmicas em alto nível. O curso foi planejado sob forte influência do contexto histórico pós redemocratização, caracterizado por um lado pelo vertiginoso desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, o que mudaria os rumos da produção de conhecimento, e, por outro lado, pela construção de um sistema de saúde amplo e inclusivo em meio a um país extremamente desigual e limitado em recursos humanos e financeiros.

Escolano (2017) define cultura da escola como: conjunto de práticas, teorias e normas que codificam as formas de regular os sistemas, linguagens e ações de estabelecimentos educativos. Aqui, procuramos transpor a realidade da escola, matéria de estudo do autor espanhol, para o escopo de uma instituição de ensino superior, o curso de Medicina da UFCA. Este empreendimento conta, decerto, com a ajuda de outros autores os quais declinaremos ao longo desta reflexão.

A história da educação pode ser analisada por múltiplos aspectos. Contudo, Escolano (2017) ao deter-se sobre ela, mira sua “caixa preta”, que é como considera a cultura da escola. Por meio dela busca a identidade da instituição. Nossa pesquisa empreendeu sistematizar um grande número de informações sobre a história do curso médico da universidade federal do Cariri antes dispersas e tentar contextualizá-las em seu lugar e tempo. Daí, esperamos contribuir, pelo menos em parte com a abertura, ou iluminação desta “caixa preta” da FAMED Barbalha, enquanto lá estão contidas características fundamentais para a compreensão de seu movimento na história e identidade.

A articulação dos atores apresentados nesta trama se deu em momentos de concordância e de embate, num movimento fundamental para a construção dialogada de uma realidade diversa da do planejamento oficial. No caminho percorrido por esta pesquisa, deparou-se diversas vezes com dissonâncias entre os discursos e planejamentos oficiais e a realidade construída. Os documentos oficiais nada registram, a título de exemplo, sobre as carências, as lutas, os embates e derrotas pelo caminho. Esta agenda oculta, digamos assim, estava completamente guardada na memória de seus personagens. Foi nosso intuito, valendo-se da historiografia oral, dar corpo escrito a estas memórias para futuramente analisarmos mais a profundo características culturais identitárias contidas nesta “caixa preta”.

A teoria proposta por Escolano (2017) envolve o estudo da história de uma instituição não a partir de uma fresta específica, mas de três prismas culturais, reveladores de diferentes

culturas que dialogam entre si e o meio em seu entorno, por ele chamado de mundo da vida. Os movimentos de acomodação e de troca entre estes campos culturais, a partir de diálogo, embates e acomodações são influenciados por este meio, o mundo da vida, mas também o influenciam.

Estas três diferentes culturas, ou vertentes culturais descritas por Escolano (2017) são nomeadamente: Cultura Política, Cultura Científica ou acadêmica e a Cultura Empírico-Prática. Sobre elas detenho-me agora a fazer algumas considerações à guisa de conclusão até o momento.

Cultura política:

Recuperamos por meio de documentos e discursos oficiais uma posição ousada e inovadora contida na proposta da interiorização do ensino médico no Ceará. O feito empreendido pelo então reitor Roberto Cláudio enfrentou resistências internas, no circuito acadêmico da UFC, e também externas, quanto às limitações orçamentárias. A participação articulada de forças políticas em projeção municipal, estadual e federal vieram em socorro a este planejamento, muitas vezes em momentos de negociação encobertos pela penumbra histórica.

O planejamento dos cursos médicos da expansão da UFC ensejou a aposta em uma proposta pedagógica inovadora em relação à até então vigente. Esta proposta pedagógica fora negociada politicamente entre várias partes acadêmicas, de várias disciplinas e com participação da comunidade. Ainda assim, nosso trabalho pôde evidenciar resistências dentro da própria academia, fazendo com que o novo currículo fosse adaptado em regime de transição no curso mãe fortalezense e imposto verticalmente nas expansões. Esta pesquisa limita-se a recuperar esta inserção apenas no curso de Barbalha, nele percebendo as modificações acontecidas sob influência de condições internas e externas.

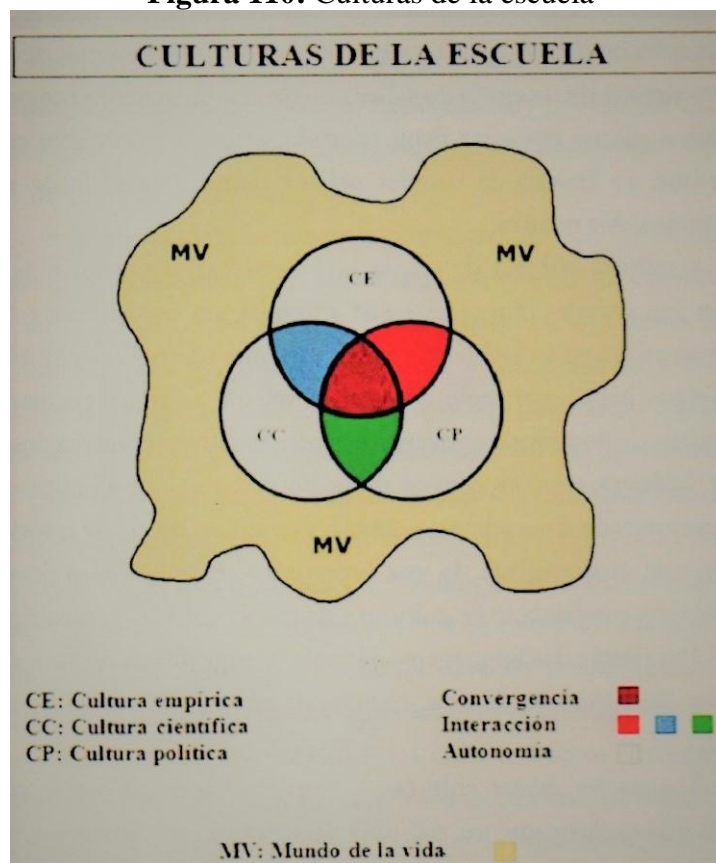
Contudo, em que se pese algumas modificações metodológicas, o sentido humanitário da formação, contido nos discursos dos valores e missão da instituição permaneceram vivos dentro da proposta política inicial, apenas com roupagem e linguagem diferente. O que nos leva a comentar sobre outro prisma cultural.

Cultura científica ou acadêmica: A instituição estudada já nascia com uma proposta de currículo mais aberta, dialogada com o ambiente e centrada na prática e no aprendizado baseado na problematização, afastando-se do modo positivista, cartesiano que dominava até então a formação médica no estado. O novo currículo compreendia, como anteriormente dito, as transformações tecnológicas da informação e comunicação e o ambiente político-social brasileiro. O Projeto Pedagógico do Curso (PPC) era carregado de esperanças, acreditando-se perfeitamente construído e adaptado para o momento histórico brasileiro e regional. Contudo,

limitações externas e algumas internas referentes a estrutura acadêmica, infraestrutura e as impressões do próprio alunado ensejaram modificações ao longo do caminho. Estas interações puderam ser mais percebidas no próximo prisma cultural.

Cultura empírico-prática: O corpo docente primeiro era constituído sob frágeis condições de trabalho. Sobrecarga de trabalho, falta de infraestrutura, salários atrasados e uma certa dificuldade de aplicação das propostas metodológicas contidas no currículo inovador. O fazer docente não se acovardou, o diálogo e compreensão em relação às demandas do alunado modificaram “de baixo para cima” a proposta pedagógica oficial. Inicialmente de forma clandestina, para a posterior transformá-la oficialmente. Aqui, fazemos menção à participação consciente e insubmissa da primeira turma, a qual soube dosar ímpeto e temperança nas lides políticas. Nossa pesquisa aponta para o fato de que, não só o fazer docente, mas também a ação discente incidu diretamente sobre o processo de consolidação do curso de Medicina de Barbalha, afiançando não só o seu processo de expansão, mas ensejando a política de interiorização do ensino superior, cristalizada em dois momentos: primeiro a vinda de novos cursos federais e instalação de um campus avançado da UFC, da qual o curso médico de Barbalha se desmembraria e posteriormente a criação de uma nova universidade, a UFCA, a qual permaneceria ligada definitivamente como curso pioneiro. Uma prova de que estas culturas são vasos comunicantes, de influência mútua. Foi alentador haver encontrado por meio deste estudo, que estas culturas, embora operem prioritariamente de forma independente, seguindo ritos e tradições próprias, com linguagens próprias, não estiveram imunes à sua influência mútua e à disposição para mudança, ensejando um contínuo redesenhar de fronteiras.

Por fim, a pesquisa conseguiu trazer um panorama da inserção do curso de Medicina da UFCA não apenas na área da saúde da região, mas nas áreas educacional e cultural. Conforme a teoria de Escolano (2017), foi percebido que o mundo da vida caririense também transformou os aspectos culturais da escola médica em relação a conteúdos, práticas de ensino, pesquisa e extensão e sua própria estruturação política e normativa. Percebemos neste recorte histórico de menos de 20 anos uma espiral ascendente da relação do curso com a comunidade, sobretudo numa das falas de um entrevistado, um momento em que um próprio professor fala “o curso não é mais uma novidade na região”.

Figura 110: Culturas de la escuela

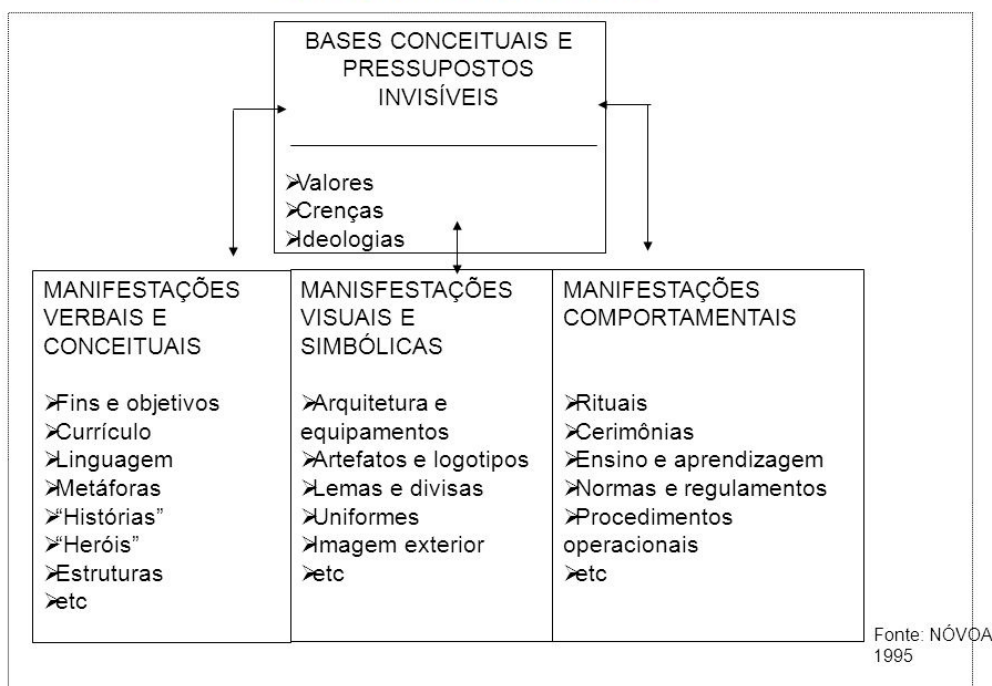
Fonte: ESCOLANO, 2017, p. 121.

Em complementação ao olhar de Escolano (2005, 2017), trago algumas observações referentes a outros autores pertinentes a esta análise. Aqui não pretendemos reviver todos os fatos contidos em sua história e descritos no capítulo III, mas pontuá-los com um olhar mais analítico.

O autor português António Nóvoa (1999) nos apontou características extremamente úteis para desvendar aspectos culturais da instituição como disposto no esquema abaixo:

Figura 111: Elementos da cultura organizacional

ELEMENTOS DA CULTURA ORGANIZACIONAL



Fonte: NÓVOA, 1999, p. 30

Por meio da busca das manifestações sugeridas por Nóvoa (1999), pudemos instrumentalizar nossa busca documental e construção das entrevistas, mais voltadas para características próprias dos componentes do curso, fossem alunos ou professores. Com base nestas características identitárias contidas na zona de visibilidade, pudemos avaliar sua coerência ou não com as bases conceituais implícitas nos valores, crenças e ideologias da instituição.

A título de exemplo, podemos citar quanto às:

Manifestações comportamentais

Aqui buscamos extrair informações sobre a estrutura normativa de funcionamento do curso, mas também sobre o fazer pedagógico no cotidiano, como se dava o processo de ensino e aprendizagem tanto em sala de aula como nas práticas. Pudemos perceber a postura ativa dos alunos e abnegada dos professores em relação à profissão docente, à profissão médica e à sobrevivência do curso. Tais características se elevaram acima de quaisquer normas ou regulamentos que ditavam o andamento “previsto” do curso, segundo a expectativa oficial. Os rituais e cerimônias do curso, em outro exemplo, como o trote, cerimônia do jaleco, os encontros médicos, e toda a programação da formatura, com aula da saudade, missa em ação de graças, colação de grau, seus discursos e juramentos seguem uma prescrição comum, não

são novidade num plano nacional. Os alunos no entanto, apesar de obedecerem a liturgia universal destes momentos, trouxeram conteúdo novo, evoluído. O trote deixa de ser humilhante, passa a ser solidário. Nas cerimônias da formatura, as falas se voltam mais para o esforço coletivo de lutas e conquistas institucionais e não do conjunto de esforços e conquistas individuais entre outras características observadas na trajetória da primeira turma que perspassaram os anos nas turmas seguintes ajudando na construção de sua identidade.

Manifestações visuais e simbólicas

Nos primeiros momentos da turma inicial da FAMED, seus alunos estavam desgarrados, assistindo aulas em prédios cedidos e se utilizando de equipamentos também emprestados. Contudo, a luta por soerguer, acabar e equipar o prédio da FAMED, inicialmente em escombros deram pistas do valor simbólico que tem o vetusto e amplo prédio. Ter uma casa “para chamar de sua” foi fundamental para unir, para agregar a turma em torno de seus objetivos, afastando-se da ideia de curso disperso. De forma simbólica, lutou-se para trocar do arco frontispício do prédio o nome de Colégio Santo Antônio, para Faculdade de Medicina, fato que só ocorreu após demanda dos alunos. Ao longo do curso, vestir-se com roupas e capotes do centro cirúrgico e mesmo andar pelos corredores de hospitais e ambulatorios vestindo o jaleco e portando o estetoscópio em volta do pescoço eram orgulhos indisfarçáveis dos médicos em formação.

Manifestações verbais e conceituais

Pudemos recuperar de seus atores várias histórias, com seus heróis e vilões, frases de efeito de professores que se tornam verdadeiros jargões, frases estampadas em camisetas, linguajar e sotaques próprios do ambiente, etc... Mas de forma especial, encontramos a riqueza do currículo, com suas propostas inovadoras e sua flexibilidade. E, destacadamente, recuperamos claros e delimitados os valores, crenças e ideologia do curso como impresso em seu PPC, dando o norte para a formação do novo médico em suas primeiras características citadas. Vale aqui lembrar:

A Visão do curso de medicina é humanista, crítica, reflexiva em que o egresso é capaz de atuar no processo saúde doença nos diferentes níveis de atenção (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde), prestando uma assistência integral e humanizada às pessoas, capaz de trabalhar em equipe, aprender e de tomar decisões adequadas ao contexto social e nos recursos disponíveis. Ademais, se propõe a ser reconhecida como de excelência pela qualidade do seu ensino de graduação, pós-graduação e na formação de profissionais que atendam a realidade social, pela ética, competência, empreendedorismo e liderança de seus egressos, pela qualidade de sua produção científica e pelo impacto social de suas atividades de promoção à saúde da população, enfatizando: Compromisso social; Compromisso com a qualidade; Gestão consciente; Ética, e Qualidade no ambiente de trabalho. (FAMED, 2019. Relatório de gestão – 2018)

O amplo conjunto dessas características identitárias nos permitiu conhecer melhor sua estrutura ideológica guardada em uma zona de invisibilidade, como descreve Nóvoa (1999):

Bases conceituais e pressupostos invisíveis

O curso de Medicina da UFCA tem sua fundação baseada numa proposta humanista para o ensino da Medicina que, apesar de não implícita em seus textos escritos, pode ser percebida em cada ação pedagógica da gestão e das atuações docente e discente. O conjunto ideológico de seus componentes remete a uma ética profissional voltada para a ação humanizadora e a excelência profissional. Mais recentemente, analisando os campos de pesquisa e extensão, percebe-se aí implícito uma maior inclinação para as demandas regionais, prova de maior diálogo e interação com o meio.

O conjunto dos elementos da cultura organizacional colhidos a partir do olhar mais profundo da instituição pavimentou o caminho para a análise proposta por Escolano (2017), sepultando definitivamente qualquer ideia de um curso apenas transmissor ou reprodutor de conhecimento e cultura médica externa. Há ali também a produção de uma cultura cada vez mais imbuida das características e demandas regionais, além da criação de uma cultura, ou de culturas, pedagógicas, administrativas, políticas autônomas e insubmissas e transformadoras.

Assim, pudemos entender a cultura escolar, enquanto objeto histórico, como indissociável de seu contexto temporal e espacial, como anunciava Julia (2001). O ponto de partida deste estudo foi trazer um apanhado da construção histórica da região do Cariri, não desprezando suas particularidades geográficas as quais determinam seus contornos étnicos e socioeconômicos. Uma região que, em termos de riquezas naturais, impunha um contraste dentro do semiárido nordestino, atraiu para si um histórico de lutas, ainda mais acirradas com a chegada do elemento colonizador. É razoável considerar que o resultado de três séculos de disputas territoriais e políticas influencie um produto cultural em seu meio. A história do curso de Medicina da UFCA registra diversos momentos de lutas, de embates pela sobrevivência e crescimento da instituição. Não se pode dizer que isto se deva a um “contágio histórico”. Antes, consideramos o caráter ousado de seus personagens em vários níveis. Como dito pelo próprio reitor da UFC à época, Dr. Roberto Cláudio: “O que valeu mesmo para a instalação dos cursos foi a determinação política, a parceria e o entusiasmo dos envolvidos, que foram Universidade, Governo do Estado e as prefeituras locais”, sem citar que um dos maiores responsáveis por esta ousadia fora ele próprio. Não só entre os gestores acadêmicos, mas também alunos, professores, políticos mostraram seu ímpeto.

Agora, os alunos... Não fosse por eles isso aqui não teria existido... Eles lutavam com garra, pra defender isso aqui rapaz! Quando não dava certo uma coisa, eles lutavam,

iam atrás. O Luciano (Moreira Bezerra, primeiro coordenador do curso) também. Um entrosamento entre alunos, professores e direção da UFCA, à época UFC. Eles aceitaram, um monte de tempo, eu ficar sozinho. Só isso aí já diz o que o aluno queria. [...] A minha área precisava de seis professores, eu *tava* pelos seis. Quem iria segurar um professor sem concurso (efetivo), sem nada, sem pagamento? Se eu dissesse assim: “Oh, não vou mais!” Meu amigo, já *tava* em Fortaleza!” (Informação verbal)²⁵⁸

Dr. Rommel Feijó, deputado federal à época não deixava de sonhar alto:

[...] na realidade a gente estava querendo era o Estado do Cariri não é?! Era um sonho muito antigo e a gente *tava* achando que tinha chegado a hora. Com aquela nossa juventude, a gente queria realmente formar o estado do Cariri. Esse estado *compreendia* parte da Paraíba, do Piauí, do Ceará e do Pernambuco. E, não sendo possível esse estado *né*, nós partimos para a nossa universidade federal da região do Cariri e fomos apresentar o projeto. (Informação verbal)²⁵⁹

Dr. Cláudio Gleidiston destaca o desprendimento da comunidade barbalhense representada no Centro de Melhoramento:

O Centro de Melhoramento de Barbalha abraçou o curso. [...] O Centro de Melhoramento tirou o Colégio Santo Antônio, deixou o colégio na rua. [...] foram dois, quase três anos *pra* construir uma sede nova pro colégio. [...] essa querência que o político, especialmente o prefeito daqui mostrou, fez com que a UFC decidisse que Barbalha seria o melhor local. (Informação verbal)²⁶⁰

O próprio presidente do Centro de Melhoramento descreve a disposição de seu fundador Antônio Costa:

Antônio Costa, ele pediu dinheiro a muita gente *pra* conseguir a construção do colégio. Ele mandou carta até pro rei da Arábia pedindo dinheiro, recursos pra construção do Colégio Santo Antônio. Mandava cartas até para as santas. Existia uma santa Tereza Neumann, que era uma santa em vida, ele mandava cartas pra ela pedindo ajuda [...] foi incansável na construção do Colégio Santo Antônio. [...] (Informação verbal)²⁶¹

Ou o desprendimento de seu presidente à época da doação, Fabriano Sampaio: “uma vez que uma pequena empresa, com apenas dois imóveis na cidade doaria o maior deles sem

²⁵⁸ Entrevista concedida por Dr. Hidemburgo Gonçalves Rocha. Entrevista IV. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁵⁹ Entrevista concedida por Dr. Rommel Feijó de Sá. Entrevista I. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁶⁰ Entrevista concedida por Dr. Cláudio Gleidiston Lima da Silva. Entrevista II. [nov. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

²⁶¹ Entrevista concedida por Dr. Giuseppe Mallman de Sampaio, Diretor do Colégio Santo Antônio. Entrevista. Entrevista III. [out. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

contrapartida estabelecida e obrigatória para uma grande instituição federal” (Informação verbal)²⁶².

Ou ainda, da frase estampada nas camisetas dos alunos manifestantes, na voz de um ex-aluno: “É melhor ter a alma dolorida de tanto lutar do que a paz de ter renunciado à luta” (Informação verbal)²⁶³.

Dominique Julia (2001) aponta três eixos que caracterizam a cultura da escola: suas normas e finalidades, o papel desempenhado pela profissionalização do trabalho do educador e a análise dos conteúdos e práticas.

Quanto às normas e finalidades da instituição, devemos considerar que como parte da rede de ensino nacional, o curso de Medicina da UFCA é sujeito às diretrizes e normas nacionais. Não obstante, de forma particular, o curso já nasceu, ainda como expansão da UFC, com proposta curricular renovada em função de ideais humanizadores da Medicina. Estes ideais encampados no primeiro PPC de 2001 perduram no PPC de 2016:

[...] a FAMED considera que a missão do curso de medicina é formar médicos que possuam conhecimento geral, humanista, crítico, reflexivo e ético, com capacidade para atuar em diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. A visão do curso de medicina é humanista, crítica, reflexiva em que o egresso é capaz de atuar no processo saúde doença nos diferentes níveis de atenção (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde), prestando uma assistência integral e humanizada às pessoas, capaz de trabalhar em equipe, aprender e de tomar decisões adequadas ao contexto social e nos recursos disponíveis. Ademais, se propõe a ser reconhecida como de excelência pela qualidade do seu ensino de graduação, pós-graduação e na formação de profissionais que atendam a realidade social, pela ética, competência, empreendedorismo e liderança de seus egressos, pela qualidade de sua produção científica e pelo impacto social de suas atividades de promoção à saúde da população, enfatizando: Compromisso social; Compromisso com a qualidade; Gestão consciente; Ética, e Qualidade no ambiente de trabalho. (FAMED, 2019. Relatório de gestão – 2018)

O estudo identificou, como visto no capítulo III, que todo o planejamento da gestão acadêmica é voltado para a consecução destes objetivos, na observância dos valores e da visão da instituição. Em que se pese também, a pesquisa ter identificado em amostra de sua primeira turma de formando, distorções do propósito curricular, que seria voltado para a fixação de médicos mais inseridos em aspectos comunitários e sociais, com atuação profissional mais ampla e menos especializada. Ainda assim, percebemos perdurar em boa parte dos mesmos ex-

²⁶² Idem

²⁶³ Entrevista concedida por Dr. Eliézer Luna de Alencar Feitosa. Entrevista. Entrevista VI. [dez. 2019]. Entrevistador: Bernardo Brito. Barbalha, 2019. 1 arquivo.mp3 (60 min.). A entrevista na íntegra encontra-se transcrita no Apêndice A desta dissertação.

alunos marcas profundas da formação política e da visão ampliada das questões sociais. Mais estudos serão necessários para aferir o produto final e contínuo deste curso, a fim de refletir continuamente sobre seus processos.

Em relação ao papel desempenhado pela profissionalização do trabalho do educador é necessário relembrar alguns conceitos concernentes à profissionalização docente, como observa Flores (2014):

[...] *profissionalidade*, o conjunto de conhecimentos, atitudes e técnicas próprias de um ofício e que caracterizam uma profissão; o *profissionalismo*, referente à qualidade dos serviços prestados; e *profissionalização*, associada ao projeto político, social ou individual através do qual uma ocupação eleva-se ao status de profissão. (FLORES, 2014, p. 851-869)

O corpo docente da UFCA foi composto inicialmente por professores universitários não médicos, mas com experiência nas disciplinas do ciclo básico do curso. Inicialmente submetidos a um regime de contratação precário, apesar de concursados, enfrentaram com pagamento pecuniário incerto os primeiros momentos de implantação de um currículo inovador. Esse exaustivo trabalho foi reconhecido e encampado pelos alunos inicialmente, embora a proposta metodológica tenha sofrido modificações ao longo dos anos, mesmo mantendo os conteúdos e o norte político-pedagógico. Com o tempo, mais concursos foram acontecendo e o corpo docente foi se tornando mais robusto. Inicialmente, não havia professores para o ciclo profissional com capacitação pedagógica. Em verdade, muitos dos professores tinham sequer experiência de sala de aula ou haviam lecionado. Eles foram recrutados por meio do reconhecimento de sua perícia técnico-científica, conforme colhido pela pesquisa. Tardif (2000) observa que os saberes profissionais se distinguem dos conhecimentos universitários e propõe uma epistemologia da prática profissional, distinguindo aí também as profissões de outras ocupações tendo por base a natureza de seus conhecimentos e a relação entre duas de suas características. O autor considera o grau de indeterminação de uma atividade como definidor da necessidade das capacidades reflexivas, proativas e reativas de uma atividade. Também se refere ao grau de tecnicidade como diferenciador entre indivíduos tendo por base o domínio de uma atividade. Segundo ele, finalmente, uma atividade com maior grau de indeterminação e difícil técnica torna mais provável a evolução de um ofício em direção a uma profissão estabelecida com todos os seus preceitos e deveres, também mais difícil de ser substituída, suplantada.

O corpo docente da UFCA, apesar do início tímido tem buscado o crescimento na carreira acadêmica através da formação continuada e do aperfeiçoamento científico. A

produção não só no eixo do ensino, com repercussões diretas na formação do aluno, mas nas áreas de pesquisa e extensão, como relatadas nesta pesquisa, dão mostra do esforço de construção do conhecimento dialogada com a comunidade.

Os conteúdos e as práticas da instituição decorrem dessa construção da profissionalidade e profissionalização entre os docentes da instituição, sobretudo atuando no ciclo profissional. Estes professores já tinham considerável domínio técnico-científico dos conteúdos, já vinham de um ambiente de plena aplicação prática de tais. O crescimento profissional dentro da instituição permitiu um diálogo direto entre o consumo da ciência e sua aplicação prática, temperados pelo elemento indagador que é o aluno. O ato de ensinar progressivamente, e quase naturalmente, deixou o campo da transmissão de conhecimentos para buscar a construção contínua e dialogada articulando aluno, professor e ambiente.

Julia (2000) conceitua a cultura escolar como: “um conjunto de normas que definem conhecimentos a ensinar e condutas a inculcar, e um conjunto de práticas que permitem a transmissão desses conhecimentos e a incorporação desses comportamentos”. Pudemos perceber que a formação médica na UFCA se serve não só dos conteúdos e conhecimentos trabalhados. As práticas com as quais se mobilizam estes conhecimentos dizem respeito diretamente a um *ethos* profissional contagiante e contagiador (se é que existe a palavra), capaz de moldar personalidades por meio do exemplo. Este fator em si, pode definir a postura profissional e o espírito de formação continuada essencial à atividade médica, tanto quanto a docência. Mais que um quinto dos alunos formados pela primeira turma se tornou professor, 12 anos após sua graduação.

Outro ponto de destaque é a busca contínua por autonomia. Não só a região do Cariri teve (e talvez ainda tenha) essa teima por decidir seus destinos, como também seu curso público de Medicina decidiu pela sua independência. O curso de Barbalha foi fiador de uma instituição maior, que é a UFCA, praticamente como sua âncora, permitindo maior autonomia e identificação regional ao deixar a tutela de Fortaleza pela UFC.

O curso médico de Barbalha nunca foi imune ao seu contorno social, ao seu contexto no tempo e espaço. Mas buscou cada vez mais interagir com ele sem a mediação de sua antiga tutora, a UFC. O recorte historiográfico de nossa pesquisa, como dissemos, não compreende um período de tempo grande o suficiente para identificarmos revoluções no ensino ou prática pedagógica, mas é suficientemente largo para fazer um apanhado de documentos e impressões subjetivas, nas falas dos sujeitos, capaz de prover um processo reflexivo sobre metodologias,

conteúdos e proposta político pedagógica. Este é um estudo voltado também para o planejamento. Portanto, revisita o passado do curso em questão, para ajudar a olhar para o seu futuro, em cada dia, em cada tempo de passagem.

Figura 112: o tempo de Janus



Fonte: Salamancaaldia.es

Os trabalhos que versam sobre a cultura escolar têm ampliado suas linhas investigativas, sobretudo a partir dos anos 1980, como observa Fabianny Silva (2006). Há trabalhos com maior atenção e profundidade nos aspectos históricos, sociológicos, sobre as políticas educacionais e às práticas pedagógicas. Esta pesquisa não se propõe a aprofundar-se ou ser definitivo em algum ou vários destes aspectos. Antes, nosso estudo traz um apanhado superficial de temas que entrecortaram a história do curso e espera que outros investigadores retomem com maior profundidade a partir deles, a busca de um conhecimento de maior validade científica. Nosso intuito maior recai sobre sua cultura, empreende trazer a lume pelo menos alguns traços identitários deste curso, para num esforço de diferenciá-lo dos demais, o situe à altura, ao campo de todos os outros cursos médicos brasileiros.

A cultura desta instituição é intencionalmente programada, como diversos outros cursos pelo Brasil, por um planejamento institucional, oficial. Nenhum filho, contudo, nasce só de um pai ou mãe, senão da mescla de suas características. O curso de Medicina de Barbalha jamais poderia ser igual ao de Sobral, ou de Fortaleza, ou a qualquer outro curso do Brasil. Ele não escaparia ao cadinho cultural, social e político caririense, amalgamando-se continuamente para formação de sua identidade. Esta liga metálica ainda não esfriou de todo. Ainda sob a dureza dos malhos, entre o calor abrasador dos embates políticos, estudantis e acadêmicos e o refrigério das conquistas ele ainda não arrefeceu. Dessa forma, este estudo propõe refleti-lo ainda quente, acreditando até mesmo não haver no ensino público a forma final e fria.

De fato, em várias passagens a face informal implícita ou explícita insinua-se do véu oficial e institucional. Há um propósito em cada planejamento e uma realidade diferente em sua aplicação. Os imprevistos e dificuldades impostos ao caminho do curso médico de Barbalha decerto a tornaram uma instituição mais resiliente, mais refratária às crises e sobretudo, mais reflexiva e confiante de seu crescimento.

Os atores envolvidos nessa história, desde pais de alunos, gestores políticos e acadêmicos e professores deixaram algo de si impresso na cultura geral do curso. Por isso falo em culturas e não culturas da instituição. Embora a institucionalidade oficial não tenha logrado exatamente o que planejara em termos político-pedagógicos, chegou-se a algum resultado intermediário face ao ambiente socioeconômico que aguardava os egressos da faculdade. Nos discursos e linguagens dos personagens oficiais percebemos a intencionalidade de aproximar o médico a ser graduado da real demanda social brasileira, temos entre eles a grita por falta de infraestrutura tanto nos cursos, como nas áreas de atuação do serviço público, a precarização das condições de trabalho e falta de incentivo a uma carreira médica, que é a realidade que os aguardava fora dos muros da instituição. Não creio que os médicos formados nesta instituição sejam alheios à essa realidade social. Assim como não creio que as transformações metodológicas na proposta curricular devam ser encaradas como um fracasso. A proposta pedagógica calcada fortemente no Aprendizado Baseado em Problemas (ABP) pareceu estar além das possibilidades estruturais do curso. Ainda assim, não foi de todo abandonada, apenas redimensionada. Em adição, algo de interesse social deve ter restado na prática dos alunos, a exemplo de que, atualmente, a própria faculdade conta com três egressos entre seus professores. E apesar de quase todos seguirem o caminho da subespecialização e haver apenas um aluno da primeira turma especializado em Medicina de Família e Comunidade, a maioria atua no serviço público. Esta afirmação, por si só, mostra que a intencionalidade não é capaz de tudo, há limites para a potência do projeto pedagógico, enquanto ele seja dialogado com o seu meio. E não, o curso médico estudado não poderia ser reproduzidor ou transmissor burocrático de uma cultura. Poderia ser e foi fundador de sua cultura, diversa, identitária e adaptada ao seu ambiente.

Os dados obtidos por meio do questionário mostraram um alunado de início de milênio bem dividido entre homens e mulheres, mas ainda de prevalência branca. A grande maioria professa alguma fé, em maioria católica. Tinham origem interiorana, mas estavam mobilizados para a capital. Eram um pouco mais maduros, por terem falhado em concursos anteriores. Vinham de escolas particulares predominantemente e dependiam dos pais... dentre outras características que colhemos. Entretanto, é motivo de reflexão maior o fato de vibrarem com a

notícia da expansão do curso de Fortaleza, mas após pouco mais de dez anos de vida profissional e de terem ampliado sua formação e renda, serem da mesma forma veementemente contra a abertura de novos cursos. Seu discurso em geral ecoa os discursos dos detratores da interiorização em seu tempo de estudantes e o discurso que o próprio pesquisador ouviu há muito, quando seus familiares estudavam em Salvador e Recife e desdenhavam da formação fortalezense (grifo nosso).

Aqui talvez caiba mais incisivamente o estudo da problemática da distribuição de médicos, vide Demografia Médica (2018). Esta problemática já é aproximada nas falas dos ex-alunos, quando lamentam a carência de investimentos estruturais e profissionais, referentes à carreira médica no ambiente interiorano. De fato, as políticas de redistribuição de médicos para áreas historicamente pouco assistidas, apesar de bom provimento financeiro, não valorizou a carreira médica em aspectos de estabilidade e progressão, criando uma mão de obra flutuante, efêmera.

Mas o que tem a ver esta digressão profissional e assistencial da demanda médica com a cultura de um curso?

O conhecimento desta identidade, de suas facetas, pode ser o caminho para reflexões e aperfeiçoamentos curriculares em tempo real, que antecipem, ainda no curso, o preparo para situações adversas da vida profissional. Dito isto num campo individual ou corporativista. Mas também de transformação social por meio da intervenção política, não partidária, mas associativa e amplamente representativa.

Podemos, mais uma vez, considerar a cultura, ou culturas, do curso médico barbalhense como influenciadas pelas relações sociais entre seus personagens, mais vultosos ou não, levando a um comportamento tensionado entre a tradição e a inovação.

Há neste bojo um conjunto de culturas operando de forma articulada. Uma *cultura crítica*, produtora de significados acumulados ao longo de sua história, impressa em suas conquistas; uma *cultura social*, marcada por sua identidade regional em oposição a outras sociedades; uma *cultura institucional*, própria de seus ritos, do seu modo particular de ensino, a qual foi fruto de uma evolução particular respeitando suas potencialidades docentes e estruturais; uma *cultura experiencial*, marcada pelo diálogo constante com o meio familiar e comunitário caririense; e, uma *cultura acadêmica*, antes imposta pelo currículo e fazer pedagógico fortalezense e agora de escolha própria da instituição.

Estas diferentes visões de cultura já anunciam o espaço de negociação das tensões, como considera Abdalla (2007), em leitura bourdieusiana, que neste campo de lutas o domínio é a aposta e os jogadores se diferenciam pelo ponto de vista do objetivo, mas sobretudo pela vontade de vencer, de jogar para vencer. Quando a autora considera os princípios organizadores do trabalho docente, no sentido da (re)construção de um projeto político-pedagógico, por suposto já imerge na compreensão deste jogo e suas regras, no sentido de ser e estar na profissão. A instituição pesquisada já partia dotada de um currículo e proposta pedagógica disposta a superar a lógica gerencialista do mercado, atenta nas inovações científicas, nas novas tecnologias de informação e comunicação e dando mostras da compreensão da transformação dos valores sociais, culturais e das políticas educacionais naquele momento inicial. A UFC empreendeu a expansão dos cursos de Medicina apostando na inovação pedagógica, uma renovação didática e metodológica, um redimensionamento da relação teórico-prática embalada por um olhar diferenciado dos mesmos conteúdos. As perspectivas de inserção precoce na rede de saúde, uma melhor compreensão do sistema de saúde, uma maior sensibilidade curricular em relação ao meio em que estava imerso o curso e, sobretudo, a inserção primeira de uma experiência problematizadora do aprendizado (ABP) não foram acompanhadas por esforços nos campos estruturais e de valorização docente. O espírito de luta dos docentes e alunos deu sustentação ao projeto, modificando-o naquilo em que se achou possível e necessário. A disposição para a mudança foi fundamental para que estes atores “saíssem do automático” e abraçassem o curso como seu campo de luta e espaço de formação docente e discente. Como toda instituição em movimento, este embate produz mudança e permanências, determinantes para moldar sua cultura, sua identidade. Apuramos na pesquisa que o próprio corpo docente mudou. Uns professores saíram da instituição e voltaram para sua prática profissional exclusiva, outros se adaptaram... Considero que nesta luta não houve perdedores. Todos são membros de um processo evolutivo.

Mais uma vez Nóvoa (1999) nos auxilia num olhar mais sistematizado da nossa instituição ao diferenciar seus campos de ação, mesmo que intrincados.

Em concordância com os demais outros autores citados Nóvoa considera as variáveis internas, sociais e culturais tão determinantes para o funcionamento de uma instituição quanto a própria estrutura do sistema educativo. O que ele busca em seu texto PARA UMA ANÁLISE DAS INSTITUIÇÕES ESCOLARES de 1999, capítulo contido no livro AS ORGANIZAÇÕES ESCOLARES EM ANÁLISE, é uma fresta por onde se observe uma instituição não do ponto de vista do grande plano institucional, oficial, o que ele chama de visão *macro*, muito menos

da análise individual e detalhada de eventos particulares, o que chama de uma visão *micro*. Antes propõe um olhar *meso*, conferindo uma dimensão própria, destacada das demais por meio de suas características organizacionais. Justamente aí, podem ser encontradas características identitárias passíveis não só de compreensão, mas de intervenção, inclusive autônoma, interna.

Nóvoa (1999) considera esta abordagem útil para repensar o rumo das políticas educativas. Como sendo o curso da Medicina da UFCA uma instituição pública de ensino, é imperativo realmente que não se acomode a modelos impostos, que reaja às perspectivas tecnocráticas e busque enfronhar-se nas dimensões políticas e ideológicas, as quais efetivamente podem moldar sua identidade e determinar seu fazer pedagógico.

O estudo partiu então em busca das dimensões pessoais, simbólicas e políticas contidas na história desta instituição. Empreendemos esta tarefa compreendendo entrar num campo de grande complexidade científica e humana.

Consideramos que, pôr o foco na proposta pedagógica do curso nos levou a dois momentos distintos. O primeiro de inovação pedagógica, com a implantação em 2001 de um currículo renovado. À época, uma grande aposta na oxigenação ampla da formação médica, de forma mais próxima, mais sintonizada com a realidade social de um Brasil em transformação social e caracterizado pelo desafio de estruturar um sistema de saúde inclusivo e integral com modestos recursos humanos e orçamentários. Este desafio foi assumido levando-se em conta as transformações técnico-científicas condicionantes de uma nova era da comunicação e acesso à informação. O segundo momento nos leva a um curso implantado de forma frágil, com limitados recursos financeiros, estruturais e didáticos, carência de docentes, problemas relativos a campos de estágio entre tantos outros desafios que o impeliram a mudar. A proposta pedagógica inicial fortemente baseada na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), apesar de bem-sucedida em sua condução, gerando resultados positivos requeria naquele momento um maior investimento na estrutura, ampliação e capacitação do corpo docente. Para alçar voo, a instituição teve que se desfazer do excesso de peso e parte do ABP ficou pelo caminho. Não foi abandonada, mas reduziu-se frente ao modelo tradicional expositivo. Contudo, foram preservadas a estrutura modular, as disciplinas longitudinais dando ênfase aos aspectos humanísticos, sociais e referentes à atenção básica à saúde, o sistema de avaliações docente e discente, a complementação curricular por disciplinas optativas, entre outros aspectos pedagógicos bem-sucedidos. Mais adiante, as disciplinas foram agregadas de forma sistemática em Unidades Curriculares, ampliando o diálogo entre elas. A produção científica engrenou, as atividades de extensão puseram a faculdade mais e mais inserida e em diálogo com a

comunidade e não menos importante, por meio do Núcleo Docente Estruturante (NDE) alçou o processo reflexivo da instituição a um novo patamar de atividade essencial e natural para a ampliação da qualidade de ensino e, portanto, sua sobrevivência.

António Nóvoa (1999) identifica em sua teoria como espaços passíveis de intervenção a instituição, sua proposta pedagógica e o aspecto profissional, o docente em si. Neste estudo não aprofundamos, ou imergimos numa discussão de projeto de instituição. Consideramos esta, uma tarefa posterior para seus alunos, docentes e gestores, oxalá em maior diálogo com a comunidade.

Entretanto, pudemos apontar, a partir do autor português, aquelas que são categorias de análise passíveis de se planejar e submeter intervenções: as estruturas física, administrativa e social da instituição. Sem a pretensão de *cometer* um planejamento, ou um exercício de *futurologia*, teço apenas alguns comentários sintéticos do que percebemos ao longo do estudo.

Quanto ao aspecto físico-estrutural da faculdade consideramos adequado à sua proposta educacional e à dimensão das turmas. Claro, mais implementações são bem-vindas, como mais recentemente sala de videoconferência, ampliações do setor de laboratório, informática, entre outros. A grande questão em tela para o curso de Medicina da UFCA é concernente a campos de estágio. A instituição ainda se utiliza dos convênios com as redes pública e filantrópica para a inserção de seus alunos na prática médica. A estas instituições conveniadas a UFCA deve respeito e obediência, devendo seguir suas regras, mesmo com um ou outro prejuízo para o processo de ensino. A relação da instituição de ensino com estes entes externos à academia permanece sendo muito boa e produtiva. Entretanto, a completa autonomia de ensino da FAMED só virá com a estruturação de sua própria rede ambulatorial e hospitalar, mantendo as atividades conveniadas como complementares.

Administrativamente, a FAMED tem uma estrutura preparada para a gestão de um curso moderno, de grande qualidade de ensino, reflexivo, com capacidade de se adaptar aos desafios pedagógicos. Há muitos exemplos disto como o do NDE, o Núcleo de Apoio Psicopedagógico que reage e se prepara aos desafios da nova geração, entre outros. Seu corpo docente, entretanto, com 77 professores, por vezes se vê sobrecarregado, com acúmulo de funções. Observamos que, por orbitar hospitais, os cursos de Medicina muitas vezes ficam fisicamente apartados dos demais cursos. A maioria dos cursos da UFCA se concentra em torno da reitoria no principal campus da instituição. Este distanciamento físico por vezes toma contornos administrativos, conforme há menos contato pessoal entre seus componentes. Mais que tudo isso, creio o curso

de Medicina perde a oportunidade de dialogar mais intensamente com outros cursos e disciplinas. Isto poderia transformar sua produção científica, suas ações de extensão e por fim seu ensino. Sem falar do benefício que também traria a outros cursos por esta via de mão dupla.

Em relação à estrutura social da instituição percebemos haver atualmente mais diálogo interno, o que não é de todo negativo. Contudo, há espaço para a faculdade reabrir seu diálogo com as lideranças políticas e comunitárias, associações de classe etc... num sentido mais amplo que o contido nos contratos de gestão e convênios, ou em relação às ações de extensão, educação de saúde e prestação de serviços. Talvez seja possível avançar para o nível de prestação de consultorias técnicas para os órgãos públicos e associações representativas, etc.. e articular mais conquistas estruturais e administrativas para seus serviços junto a estas forças. Mas também seria possível trazer estas vozes para a academia, e nelas informações estratégicas, vitais para a formação médica e profissional. Intensificar este diálogo traria ganhos mútuos, inclusive para o currículo.

Neste sentido, voltamos à uma digressão em relação à proposta pedagógica e fazemos referência a Ana Maria e Alexandre Saul (2013) em suas considerações sobre a necessidade de abrir o currículo à comunidade. Percebendo o Projeto Político-Pedagógico (PPP) como um instrumento dinâmico (e cada vez mais o é), o autor propõe ir além da acepção da palavra projeto enquanto ideia, intenção de realizar, empreendimento a ser realizado ou plano em direção à consolidação de uma matriz de pensamento educacional, o que no final das contas, é o que diferencia os tais projetos e os rumos de cada instituição. Levando-se em conta que o PPP “nunca está pronto” (SAUL, 2013) deve-se ter em mente que o diálogo é uma constante nesta construção. Profundamente influenciado por Paulo Freire e seus conceitos sobre a problematização, o autor considera o próprio ser humano como um produto inacabado de seu tempo e espaço. Dito de outra forma, em constante aprendizado e transformação, situado historicamente num determinado meio, num determinado tempo. Junte-se aos conceitos de temporalidade e impermanência, próprio deste sujeito, sua vasta teia de relações, complexas plurais, avessas à simples compreensão de fenômenos simples de causa e efeito. Assim como o indivíduo, a instituição. Desta forma, propõem os autores a valorização da aplicação das tramas conceituais freirianas, ampliando os caminhos de compreensão e diálogo de uma instituição com seu meio a partir da construção do PPP (SAUL et SAUL, 2013).

De volta à teoria de Nóvoa (1999), encontramos uma proposta de avaliação institucional tendo por base a observação dos seguintes aspectos, os quais pudemos reconhecê-los em nossa instituição:

A autonomia.

O curso de Medicina de Barbalha quando ligado à UFC dependia não só da gestão central para suas lides administrativas e estruturação física, mas sobretudo dependia da fórmula pedagógica prescrita pelo curso fortalezense. Não fazemos aqui críticas ao modelo, visto que não havia estrutura inicial do curso barbalhense para a elaboração de seus destinos pedagógicos. O descompasso entre a proposição e a possibilidade pôs o curso de Barbalha em posição de rebeldia ao seu próprio projeto pedagógico, como destacado na pesquisa. Após seu desmembramento da UFC, o curso tem aperfeiçoado sua proposta pedagógica com maior observância e diálogo com a região, fato determinante para a construção de sua cultura e identidade.

A liderança organizacional.

Dotado de autonomia, a instituição em debate tem claros seus valores, sua missão e com que proposta espera manter e ampliar sua ação educativa. As mudanças de nomes no organograma não têm alterado os rumos e propostas pedagógicas, como demonstrado anualmente por dados relatório de gestão. Com um planejamento baseado em metas e reavaliações periódicas, a faculdade não tem percebido retração quantitativa, muito menos qualitativa em suas ações de ensino, pesquisa e extensão. Cremos que a coesão e coerência de seu corpo docente a estes valores e missão institucional seja promotora desses resultados.

Articulação curricular.

O papel da coordenação geral e das coordenações de núcleos, todas submetidas ao colegiado, têm logrado manter o bom funcionamento do curso por meio das ações reflexivas, como percebemos no trabalho do Núcleo Docente Estruturante, que afere planos de trabalho, ementários e resultados consolidados semestre a semestre. Inclusive, propõe-se para breve uma nova mudança curricular, um novo PPC, como destacara em entrevista a atual coordenadora geral do curso.

Otimização do tempo.

Apesar da grande carga horária determinada nacionalmente para o curso médico, as constantes evoluções técnico-científicas põem por terra quaisquer esforços de abarcar todo o conteúdo da ciência médica, mesmo afetas às atuais disciplinas. A estrutura modular do curso auxilia na otimização do tempo, mas principalmente a flexibilidade do currículo, representada

nas disciplinas optativas, horários livres, estímulo às atividades de extensão e extracurriculares tornam o curso mais aproximado das expectativas dos alunos.

Estabilidade profissional.

Após o início frágil do curso, marcado pela carência de professores e pela falta de preparo para o trabalho acadêmico, quando disciplinas inteiras contavam apenas com professores substitutos, o curso hoje conta com um corpo docente mais ampliado e capacitado. Dos mais de 70 docentes, mais de 80% é de mestres e doutores e todos são especialistas (PPC, 2016).

Formação do pessoal.

Até o fechamento da pesquisa, em 2018, a faculdade tinha em tramitação projeto para obter seu primeiro mestrado em ciências da saúde. Os cursos de pós-graduação lato sensu já formam profissionais especializados para a prática médica, mas apenas a partir dos cursos stricto sensu a instituição se elevará a outro patamar formação na formação docente e na pesquisa.

Participação da comunidade.

Como já discutido anteriormente, o diálogo direto da instituição ainda é mais voltado para as questões administrativas que acadêmico-pedagógicas. Ainda assim, a instituição tem contato com a comunidade ao prestar seus serviços e ações de pesquisa e extensão.

Reconhecimento público.

A instituição além de passar por todos os momentos de acreditação e autorização do MEC, hoje é bem avaliada nos exames nacionais, como já citado. Contudo, destacamos a procura do curso, o conceito junto às instituições da região e sobretudo o fato de atrair egressos como professores. Esta talvez seja a maior prova de confiança, reconhecimento e prestígio do curso.

Apoio das autoridades.

Percebemos num momento mais presente que o contato da instituição com as lideranças políticas e gestores se dá mais no plano dos contratos de convênio. Anteriormente havia maior contato e interação entre a instituição e os gestores, inclusive por influência e demanda do corpo discente. Não se pode deixar esse resfriamento descambar para a inação, o que comprometeria evoluções estruturais importantes, como a garantia de um hospital escola.

Por fim, Nóvoa ultrapassa o conceito de organizações escolares como máquinas, organismos, cérebros estanques, trabalhando seus setores de forma tecnicista e isolada para o conceito de culturas, em pleno diálogo interno e externo à instituição. As relações diretas e

indiretas de seus atores com o meio que os cerca determina cada atividade que desempenham imprimindo sua formação identitária. O autor considera ainda que, se há várias culturas operando ao mesmo tempo um mesmo organismo, também há aí uma rede de movimentos, a fazer transitar de um lado a outro, elementos influenciadores e fundantes de cada cultura e da cultura geral.

É do consenso dessas culturas em torno de um objetivo que trata este estudo. Das grandes realizações advindas da união de propósitos e da organização negociada das ações. Das grandes apostas em pequenas sementes. Como a vida, a universidade é feita de dias e noites. Nas noites mais escuras e de ventania é bom guardar cara nossa candeia.

REFERÊNCIAS

- ABREU, Inah Maria de; PINHEIRO, José César Vieira. Aspectos econômicos e legais do modelo de gestão das águas na Região do Cariri-CE. Cadernos Camilliani, Espírito Santo, v.8, n. 1, p. 61-73, 2007.
- AGUIAR NETO, R.P. e TEIXEIRA, M.S. Desenvolvimento Regional: um estudo na Região Metropolitana do Cariri. Id on Line Revista de Psicologia, Novembro de 2012, vol.1, n.18, p. 13-32. ISSN 1981-1189.
- AGUIAR NETO, Raimundo Pereira; TEIXEIRA, Michele da Silva. DESENVOLVIMENTO REGIONAL: UM ESTUDO NA REGIÃO METROPOLITANA DO CARIRI. Revista ID online. Seção Cotidiano. ID online - Revista de Psicologia. Ano 6, No. 18, p. 16, Novembro/2012, - ISSN 1981-1179 Edição eletrônica disponível em: < <http://idonline.emnuvens.com.br> > Acesso em 14 de novembro de 2019.
- ALBUQUERQUE JR, Durval Muniz de. O meu Cariri, quando à lembrança vem: memória, história e narrativa na construção de uma especialidade. **Cariri, Cariris: outros olhares sobre um lugar (in) comum** / Universidade Regional do Cariri; Sônia Menezes (org.). Recife: Imprima, p. 16-19, 2016.
- ANM. 2019. Academia Nacional de Medicina. Membros. Antônio Austregésilo Rodrigues Lima. Disponível em: < http://www.anm.org.br/conteudo_view.asp?id=171 > Acesso em 24 de dezembro de 2019.
- BADALO. Site de Notícias. As Cidades e o Trem: História e Cultura Através da Linha Férrea no Ceará. 2018. Por George Wilson. Publicado em 01 de Abril de 2018. Disponível em: < <https://badalo.com.br/featured/as-cidades-e-o-trem-historia-e-cultura-atraves-da-linha-ferrea-no-ceara> > Acesso em: 19 de novembro de 2019.
- BADALO. Site de Notícias. Cariri tem 4 escolas de ensino médio entre as 100 mais bem avaliadas do Brasil. 1 de outubro de 2019 14:52. Disponível em: < <https://badalo.com.br/cariri/cariri-tem-4-escolas-de-ensino-medio-entre-as-100-mais-bem-avaliadas-do-brasil> > Acesso em 17 de dezembro de 2019.
- BADALO. Site de Notícias. Conheça a história do ‘sonho azul’ da RFFSA, que ligava o Cariri a Fortaleza. Histórico. 2019. Por George Wilson. Publicado em 10 de março de 2019, 09:00. Disponível em: < <https://badalo.com.br/cariri/conheca-a-historia-do-sonho-azul-da-rffsa-que-fazia-a-rota-de-crato-a-fortaleza> > Acesso em: 19 de novembro de 2019.
- BADALO. Site de Notícias. Frota de motos triplica em Juazeiro do Norte em 10 anos e preocupa Demutran. 2018. 9 de março de 2018 14:29. Disponível em: < <https://badalo.com.br/uncategorized/frota-de-motos-triplica-em-juazeiro-do-norte-em-10-anos-e-preocupa-demutran> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.
- BADALO. Site de Notícias. Juazeiro do Norte se destaca como um dos principais centros de diversidade comercial do Nordeste. 8 de julho de 2019 17:08. Disponível em: < <https://badalo.com.br/cariri/juazeiro-do-norte-se-destaca-como-um-dos-principais-centros-de-diversidade-comercial-do-nordeste> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.
- BATISTA, Nildo Alves. **Educação médica no Brasil** / Nildo Alves Batista, Rosana Quintella Brandão Vilela, Sylvia Helena Souza da Silva Batista. – São Paulo: Cortez, 2015. – (Coleção docência em formação: ensino superior / coordenação Selma Garrido Pimenta).
- BATTISTONI FILHO, DUÍLIO. A MADRASSA UMA UNIVERSIDADE MILENAR. Jornal da APM (Associação Paulista de Medicina). Suplemento Cultural - Ago/2002 - Coord. Guido A. Palomba. Duílio Battistoni Filho - membro da Academia Paulista de História. Disponível em: < <https://www.psiquiatriageral.com.br/saudecultura/madrassa.htm> > Acesso em: 23 de dezembro de 2019.

BIACHI, Ana Paula Theodoro e MACEDO, Fernando Cezar. Ferrovia Nova Transnordestina e Organização Espacial. Mercator (Fortaleza) vol.17. Fortaleza, 2018 Epub June 04, 2018. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.4215/rm2018.e17010>. > ou < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-22012018000100210&script=sci_arttext > Acesso em 02 de dezembro de 2019.

BITTAR, Eduardo C. B. 2009. O aristotelismo e o pensamento árabe: Averróis e a recepção de Aristóteles no mundo medieval. Rev. Port. de História do Livro n.24 Lisboa 2009. Disponível em: < http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-13362009000200004 > Acesso em 23 de dezembro de 2019.

BLOG DO CRATO. 2014. Explosão demográfica na Região Metropolitana do Cariri – por Renato Casimiro. 13 setembro de 2014. Disponível em: < <http://blogdocrato.blogspot.com/2014/09/explosao-demografica-na-regiao.html> > Acesso em 17 de dezembro de 2019.

BOTELHO, João Bosco. 2013. História da Medicina: da abstração à materialidade. Manaus: Editora Valer, 2013.

BRASIL DE FATO. 2019. Site de Notícias. Uma Visão Popular do Brasil e do Mundo. Saber Popular. Conheça os profetas da chuva que vivem no semiárido brasileiro. Por Vanessa Gonzaga, de Juazeiro do Norte (CE). 18 de Fevereiro de 2019 às 17:43. Disponível em: < <https://www.brasildefato.com.br/2019/02/18/profetas-da-chuva-observam-sinais-da-natureza-para-previsoes-meteorologicas-precisas/> > Acesso em 09 de dezembro de 2019.

BRASIL. 2019. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEHR. Hospitais Universitários Federais. HUWC-UFC - Hospital Universitário Walter Cantídio. Sobre/. Institucional/.Nossa História. Disponível Em: < <http://www2.ebserh.gov.br/web/huwc-ufc/nossa-historia> > Acesso em 26 de dezembro de 2019.

BRASIL. 2019. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEHR. Hospitais Universitários Federais. Maternidade-Escola Assis Chateaubriand – MEAC. Universidade Federal do Ceará – UFC. Sobre/. Institucional/.Nossa História. Disponível Em: < <http://www2.ebserh.gov.br/web/meac-ufc/nossa-historia> > Acesso em 26 de dezembro de 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Águas – ANA. Página Inicial. Notícias Antigas. Cinturão das águas. Por CESAR AUGUSTO PINHEIRO. Secretário dos Recursos Hídricos do Estado do Ceará. In: O Povo (CE) — publicado 05/10/2010 00h00, última modificação 15/03/2019 09h21. Disponível: < <https://www.ana.gov.br/noticias-antigas/cinturapso-das-aguas.2019-03-15.5043709136> > Acesso em 06 de dezembro de 2019.

BRASIL. Agência Nacional de Águas – ANA. Página Inicial. Notícias Antigas. Cinturão das águas. Por CESAR AUGUSTO PINHEIRO. Secretário dos Recursos Hídricos do Estado do Ceará. In: O Povo (CE) — publicado 05/10/2010 00h00, última modificação 15/03/2019 09h21. Disponível: < <https://www.ana.gov.br/noticias-antigas/cinturapso-das-aguas.2019-03-15.5043709136> > Acesso em 06 de dezembro de 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – CONSEA. Notícias. Caracterização do Semiárido brasileiro. Baptista, Naidison de Quintela et Campos, Carlos Humberto. 2017. Disponível em: < <http://www4.planalto.gov.br/consea/comunicacao/artigos/2014/caracterizacao-do-semiarido-brasileiro-1> > Acesso em 13 de Novembro de 2019.

BRASIL. Decreto nº 7. 508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF, jun. 2011

BRASIL. MINISTÉRIO DA AGRICULTURA, PECUÁRIA E ABASTECIMENTO. Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária - EMBRAPA. Publicações. Clima e Água de Chuva no Semiárido. 2007. MOURA, M. S. B. de; [GALVINCIO, J. D.](#); BRITO, L. T. de L.; [SOUZA, L. S. B. DE](#); [SÁ, I. I. S.](#); [SILVA, T. G. F. da](#). Biblioteca. Disponível em: < <https://www.embrapa.br/busca-de-publicacoes/-/publicacao/159649/clima-e-agua-de-chuva-no-semi-arido> > Acesso em 06 de dezembro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA. DEPARTAMENTO NACIONAL DE INFRAESTRUTURA DE TRANSPORTES - DNIT. Mapa. Mapa Base. Visualizador de Informações Geográficas. Disponível em: < <http://servicos.dnit.gov.br/vgeo/#> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA. Rodovias Federais. Disponível em: < <https://web.archive.org/web/20130125224406/http://www2.transportes.gov.br/bit/02-rodo/3-loc-rodo/loc-rodo/br-116/gbr-116.htm> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL. Integração do Rio São Francisco. Entenda os Detalhes. Disponível em: < <http://integracao.gov.br/web/projeto-sao-francisco/entenda-os-detalhes> > Acesso em 05 de dezembro de 2019.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Plano Territorial de Desenvolvimento Rural Sustentável: Território Cidadania do Cariri – MDA/SDT/AGROPOLOS. Fortaleza: Instituto Agropolos do Ceará, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade – ICMBio. Unidades de Conservação. Caatinga. Fla do Araripe-Apodi.

BRASIL. MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade – ICMBio. Unidades de Conservação. Caatinga. Área de Proteção Ambiental da Chapada do Araripe.

BRASIL. MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE. Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade – ICMBio. Unidades de Conservação. Caatinga. Área de Proteção Ambiental da Chapada do Araripe. Plano de Manejo. Sumário Executivo, Parte 1. Disponível em: < http://www.icmbio.gov.br/portal/images/stories/docs-planos-de-manejo/flona_araripe_pm_sum1.pdf > Acesso em 17 de novembro de 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Pacto Nacional pela Saúde. Mais hospitais e unidades de saúde Mais Médicos Mais Formação. 2013. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_nacional_saude_mais_medicos.pdf > Acesso em 09 de dezembro de 2019.

CALMON, Pedro. 1963. História do Brasil. Século XVIII – Conclusão: Riquezas e Vicissitudes / Século XIX: O Império e a Ordem Liberal. Vol. IV. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Livraria José Olympio Editora. 1963

CÂMARA DOS DEPUTADOS. 2019. Atividade Legislativa. Legislação. Legislação Informatizada - Dados da Norma. LEI Nº 2.373, DE 16 DE DEZEMBRO DE 1954. Disponível em: < <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1950-1959/lei-2373-16-dezembro-1954-373745-norma-pl.html> > Acesso em 25 de dezembro de 2019.

CARIRI REVISTA. 2015. Colunas. Arte & Cultura. Em busca do homem Kariri. Por Pedro Phillipe. 20 de dezembro de 2015. Disponível em: < <https://caririrevista.com.br/vida-em-movimento-e-mobilidade-urbana-no-cariri/> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.

CARIRI REVISTA. 2015. Colunas. Arte & Cultura. No princípio, era o couro. Por Cláudia Albuquerque. 18 de setembro de 2015. Disponível em: < <https://caririrevista.com.br/vida-em-movimento-e-mobilidade-urbana-no-cariri/> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.

CARIRI REVISTA. 2019. Colunas. Cariri Sustentável. Vida em Movimento e Mobilidade Urbana no Cariri. Por Márcio Silvestre. 25 de outubro de 2019. Disponível em: < <https://caririrevista.com.br/vida-em-movimento-e-mobilidade-urbana-no-cariri/> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.

CARLEIAL, CHRISTIANNE COELHO SILTON. 2015. O Patrimônio Cultural na Construção de Barbalha-CE Como Destino Turístico. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Negócios Turísticos do Centro de Estudos Sociais Aplicados e

Centro de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão de Negócios Turísticos. FORTALEZA – CE. 2015. Disponível em: < <http://www.uece.br/mpgnt/dmdocuments/christiannecoelhosilton.pdf> > Acesso em 10 de setembro de 2019.

CARTA DE OTTAWA. 1986. PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE Ottawa, novembro de 1986. Resumo. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf > Acesso em 22 de dezembro de 2019.

CARVALHO, Ismar de Souza et al. CHAPADA DO ARARIPE. Geologia do Brasil. São Paulo: Beca, 2012. Disponível em: < https://www.researchgate.net/publication/263006683_Chapada_do_Araripe/link/0deec53984c04015c3000000/download > Acesso em 15 de Novembro de 2019.

CASCUDO, Luís da Câmara. Antologia do Folclore Brasileiro. Vol. 1. 1ª edição digital em PDF. São Paulo: Global Editora. 2014. Disponível em: < <https://www.amazon.com.br/dp/B015NB9L8M?tag=tpltrs-20> > Acesso em 21 de dezembro de 2019.

CEARÁ CULTURAL. 2019. Literatura. Biografia. Patativa do Assaré. Disponível em: < <https://cearacultural.com.br/literatura/patativa-do-assare.html> > Acesso em 21 de dezembro de 2019.

CEARÁ. 2012. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ - SESA UNIDADE DE GERENCIAMENTO DE PROJETO – UGP. SUBPROJETO DAS REGIÕES DE SAÚDE DO CRATO E DO JUAZEIRO DO NORTE ESTADO DO CEARA. Fortaleza – CE Julho-2012. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/agosto/08/Subprojeto-QualiSUS-CaririCE-web.pdf> > Acesso em 09 de dezembro de 2019.

CEARÁ. 2017. Assembléia Legislativa do Estado do Ceará. Banco Eletrônico de Leis Temáticas – BELT. LEI 13.842, DE 27.11.06 (D.O. DE 30.11.06) (Proj. Lei nº 6.871/06 – Executivo). Disponível em: < <https://belt.al.ce.gov.br/index.php/legislacao-do-ceara/organizacao-tematica/cultura-e-esportes/item/5087-lei-13-842-de-27-11-06-d-o-de-30-11-06-proj-lei-n-6-871-06-executivo> > Acesso em 21 de dezembro de 2019.

CEARÁ. 2018. Secretaria de Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde. 3 DE JULHO DE 2018 - 14:31. DISPONÍVEL EM: < <https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/> > ACESSO EM 12 DE DEZEMBRO DE 2019.

CEARÁ. 2019. Empresa de Tecnologia da Informação do Ceará – ETICE. Cinturão Digital do Ceará. Disponível em: < <https://www.etice.ce.gov.br/cinturao-digital-do-ceara/> > Acesso em: 06 de dezembro de 2019.

CEARÁ. 2019. Panorama Estadual da Atenção Primária à Saúde. Cobertura da Estratégia de Saúde da Família. Disponível em: < > Acesso em 16 de dezembro de 2019.

CEARÁ. 2019. PORTAL DO GOVERNO. CASA CIVIL. SECRETARIA DAS CIDADES. Região Metropolitana do Cariri. Plano de desenvolvimento Urbano Integrado – PDUI. Disponível em: < <https://www.cidades.ce.gov.br/pdui-cariri/> > Acesso em 13 de novembro de 2019.

CEARÁ. Com 41% de apronto, obras do Anel Viário do Cariri demandam interdição para instalação de viaduto. Por Jóslen Herbster – Ascom. [22 DE NOVEMBRO DE 2019 - 14:29](https://www.ceara.gov.br/2019/11/22/com-41-de-apronto-obras-do-anel-viario-do-cariri-demandam-interdicao-para-instalacao-de-viaduto/). Disponível em: < <https://www.ceara.gov.br/2019/11/22/com-41-de-apronto-obras-do-anel-viario-do-cariri-demandam-interdicao-para-instalacao-de-viaduto/> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.

CEARÁ. Departamento Estadual de Estradas – DER. Plano Diretor Rodoviário 2012-2030. Disponível em: < <http://setcarce.org.br/wp-content/uploads/2015/06/PLANO-DIRETOR-RODOVI%C3%81RIO.pdf> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.

CEARÁ. PORTAL DO GOVERNO. CASA CIVIL. SECRETARIA DAS CIDADES. Região Metropolitana do Cariri. 2019. Disponível em: < <https://www.cidades.ce.gov.br/regiao-metropolitana-do-cariri/> > Acesso em 13 de Novembro de 2019.

CEARÁ. PORTAL DO GOVERNO. INFRAESTRUTURA. Governo do Ceará inicia obras em duas rodovias do Cariri. **15 DE MARÇO DE 2017 - 16:45**. DISPONÍVEL EM: < <https://www.ceara.gov.br/2017/03/15/governo-do-ceara-inicia-obras-em-duas-rodovias-do-cariri/> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.

CEARÁ. Portal do Governo. Secretaria de Infraestrutura. Metrofor. VLT do Cariri. Disponível em: < <https://www.metrofor.ce.gov.br/vlt-cariri/> > Acesso em 02 de dezembro de 2019.

CEARÁ. Secretaria de Planejamento e Gestão – SEPLAG. Empresa de Tecnologia da Informação do Ceará – ETICE. **LISTA DE NOTÍCIAS**. Cinturão Digital do Ceará completa 4 anos. **10 DE NOVEMBRO DE 2015 - 20:13**. DISPONÍVEL EM: < <https://www.etice.ce.gov.br/2015/11/10/cinturao-digital-do-ceara-completa-4-anos/> > Acesso em 06 de dezembro de 2019.

CEARÁ. SECRETARIO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO (SEPLAG). INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). Anuário Estatístico do Ceará – 2009pereira . Qualidade de Vida. Saúde. Fortaleza-CE. Disponível em: < <http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2017/qualidade/saude/unidades.htm> > Acesso em 18 de novembro de 2019.

CEARÁ. SECRETARIO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO (SEPLAG). INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). PERFIL DAS REGIÕES DE PLANEJAMENTO CARIRI – 2017. Fortaleza-CE. Disponível em: < http://www2.ipece.ce.gov.br/estatistica/perfil_regional/2017/pr_cariri_2017.pdf > Acesso em 12 de novembro de 2019.

CEARÁ. SECRETARIO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO (SEPLAG). INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). O CEARÁ EM NÚMEROS – 2017. Fortaleza-CE. Disponível em: < http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/ceara_em_numeros/2017/tabelas/index.htm > Acesso em 12 de novembro de 2019.

CEARÁ. SECRETARIO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO (SEPLAG). INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). PERFIL MUNICIPAL. FORTALEZA – 2017. Fortaleza-CE. Disponível em: < https://www.ipece.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/45/2018/09/Fortaleza_2017.pdf > Acesso em 18 de novembro de 2019.

CEARÁ. SECRETARIO DO PLANEJAMENTO E GESTÃO (SEPLAG). INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ (IPECE). Anuário Estatístico do Ceará – 2017. Qualidade de Vida. Saúde. Fortaleza-CE. Disponível em: < <http://www2.ipece.ce.gov.br/publicacoes/anuario/anuario2017/qualidade/saude/unidades.htm> > Acesso em 18 de novembro de 2019.

CENTRO DE REFERÊNCIAS EM EDUCAÇÃO INTEGRAL. 2014. Conteúdos Pedagógicos. Experiências. Fundação Casa Grande (CE) promove vivências e empodera crianças e adolescentes. Publicado dia 05/12/2014. Disponível em: < <https://educacaointegral.org.br/experiencias/fundacao-casa-grande-ce-promove-vivencias-empodera-criancas-adolescentes/> > Acesso em 11 de dezembro de 2019.

COFEN. 2014. Conselho Federal de Enfermagem. Redução de leitos segue tendência mundial, diz ministério. Postado em 21/10/2014. Disponível em: < <http://www.cofen.gov.br/reducao-de> >

[leitos-segue-tendencia-mundial-diz-ministerio_27125.html](#) > Acesso em 16 de dezembro de 2019.

CRATO 250 ANOS. 2014. Coordenação geral, Cliff Villar – Fortaleza: Fundação Demócrito Rocha, 2014, 171p. il. Color; ISBN 978-85-7529-673-8.

CRATO NOTÍCIAS. Região do Cariri: Rodovia Padre Cícero deve ficar pronta no mês de novembro. Publicado em 16 de Junho de 2011. Disponível em: < <https://cratonoticias.wordpress.com/2011/06/16/regiao-do-cariri-rodovia-padre-cicero-deve-ficar-pronta-no-mes-de-novembro/> > Acesso em 19 de novembro de 2019.

CRATO. 2012. Mapa Turístico do Crato. Secretaria de Cultura. Conselho de Desenvolvimento Econômico Sustentável. Disponível em: < <https://mail.crato.ce.gov.br/mapa-turistico-do-crato/mapa-turistico-do-crato.pdf> > Acesso em 10 de dezembro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. 1978. Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf > Acesso em 22 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. 2005. Editorias. Região. Cariri é berço de cultura e religiosidade. Por Redação, 00:43 / 05 de Junho de 2005. Disponível em: < <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/cariri-e-berco-de-cultura-e-religiosidade-1.546758> > Acesso em 19 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. 2008. Editoriais. Região. Índios Kariri lutam por reconhecimento da tribo. Por Redação, 01:38 / 05 de Setembro de 2008. Disponível em: < <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/indios-kariri-lutam-por-reconhecimento-da-tribo-1.127736> > Acesso em 09 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. 2011. [Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza comemora 150 anos](#). Por Redação, 01:51 / 20 de Fevereiro de 2011. Disponível em: < <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/santa-casa-de-misericordia-de-fortaleza-comemora-150-anos-1.56735> > Acesso em 26 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. 2019. Editorias. Região. Setor da construção civil volta a crescer em Juazeiro. Por Antonio Rodrigues, regiao@verdesmares.com.br 21:30 / 17 de Fevereiro de 2019. Disponível em: < <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/setor-da-construcao-civil-volta-a-crescer-em-juazeiro-1.2064461> > Acesso em 17 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. BLOGS. Diário cariri. Frota de Juazeiro do Norte se aproxima de 120 mil veículos. Por Antonio Rodrigues, 13 de dezembro de 2018. Atualizado em 13 de dezembro de 2018 às 14:27:18. Disponível em: < <http://blogs.diariodonordeste.com.br/cariri/cidades/juazeiro-do-norte/frota-de-juazeiro-do-norte-se-aproxima-de-120-mil-veiculos/21842> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. BLOGS. Diário Cariri. Movimentação de passageiros no Aeroporto de Juazeiro do Norte cresce 8% durante o final de ano. Por [Antonio Rodrigues](#), 18 de dezembro de 2018. Atualizado em 18 de dezembro de 2018 às 09:02:04. Disponível em: < <http://blogs.diariodonordeste.com.br/cariri/economia/movimentacao-de-passageiros-no-aeroporto-de-juazeiro-do-norte-cresce-8-durante-o-final-de-ano/21862> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. Editoriais. Metro. Integração e progresso aconteceram através da ferrovia. Por Antônio Rodrigues – Repórter. Publicado em 17 de Março de 2018. Disponível em: < <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/metro/integracao-e-progresso-aconteceram-atraves-da-ferrovia-1.1909442> > Acesso em 19 de novembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. Editoriais. Região. Crise hídrica acirra disputa por água. Por Alex Pimentel - Colaborador, 00:00 / 09 de Outubro de 2015. Disponível em: < <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/crise-hidrica-acirra-disputa-por-agua-1.1405603> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. Editoriais. Região. [História da ferrovia no Ceará é eternizada em documentário](#). Por **Honório Barbosa** Repórter. Publicado em 18 de Junho de 2011, 21:16h. Disponível em: < <https://diarionordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/historia-da-ferrovia-no-ceara-e-eternizada-em-documentario-1.471449> > Acesso em 19 de novembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. Editoriais. Região. Profetas estão otimistas em relação às chuvas de 2018. Por Alex Pimentel - Colaborador, 00:00 / 06 de Janeiro de 2018. Disponível em: < <https://diarionordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/profetas-estao-otimistas-em-relacao-as-chuvas-de-2018-1.1875240> > Acesso em 09 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. Editoriais. Região. Rodovia Padre Cícero Tem Novo Trecho Concluído. Por Redação, 00:58 / 25 de Outubro de 2011. Disponível em: < <https://diarionordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/rodovia-pe-cicero-tem-novo-trecho-concluido-1.765303> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. REGIÃO. Ceará sobre trilhos: rastros deixados na história. Por Maristela Crispim - Editora, 00:00 / 17 de Março de 2018 ATUALIZADO ÀS 01:10. Disponível em: < <https://diarionordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/ceara-sobre-trilhos-rastros-deixados-na-historia-1.1909413> > Acesso em 19 de novembro de 2019.

DIÁRIO DO NORDESTE. Região. [Expansão desafia mobilidade urbana](#). Por Redação, 00:00. 22 de Julho de 2014. Disponível em: < <https://diarionordeste.verdesmares.com.br/editorias/regiao/expansao-desafia-mobilidade-urbana-1.1062693> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO CEARÁ. Série 3, ano VII, N° 198, caderno 1/3, seção do poder executivo. Publicação de 22 de outubro de 2015.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO DO CEARÁ. Série 3, N. 121. ano I, nº 121, p. 1-2. Fortaleza, 03 de julho de 2009.

DICIONÁRIO ILUSTRADO TUPIGUARANI. 2019. Disponível em: < <https://www.dicionariotupiguarani.com.br/dicionario/araripe/> > Acesso em 15 de novembro de 2019.

DICIONÁRIO INFORMAL. 2015. Disponível em: < <https://www.dicionarioinformal.com.br/significado/araripe/21715/> > Acesso em 15 de novembro de 2019.

DIOCESE DO CRATO. Disponível em: < <http://diocesedecrato.org/fundacao-padre-ibiapina/> > Acesso em: 05 de Outubro de 2018.

DIOCESE DO CRATO. In: <http://diocesedecrato.org/fundacao-padre-ibiapina/>. Acesso em: 05 de Outubro de 2018.

EBC. 2018. Agência Brasil. Brasil perdeu mais de 40 mil leitos do SUS nos últimos dez anos. Publicado em 23/10/2018 - 12:52 e atualizado em 23/10/2018 - 14:53 Por Paula Laboissière - Repórter da Agência Brasil, Brasília. Disponível em: < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2018-10/brasil-perdeu-mais-de-40-mil-leitos-do-sus-nos-ultimos-dez-anos> > Acesso em 16 de dezembro de 2019.

EMPRESA BRASILEIRA DE COMUNICAÇÃO – EBC. 2017. AGÊNCIA BRASIL. [Economia](#). Pesquisador explica estudo do IBGE sobre pobreza. Publicado em 15/12/2017 - 11:50. Por Nielmar de Oliveira - Repórter da Agência Brasil - Rio de Janeiro. Disponível em: < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/economia/noticia/2017-12/pesquisador-explica-estudo-do-ibge-sobre-pobreza> > Acesso em 09 de dezembro de 2019.

ENDICI. Enciclopédia Discursiva da Cidade. Conurbação. Por José Horta Nunes. Disponível em: < <https://www.labeurb.unicamp.br/endici/index.php?r=verbete%2Fview&id=39> > Acesso em 18 de dezembro de 2019.

ENTRELINHAS. PORTAL DE NOTÍCIAS. 2019. Região do Cariri deve contar com mais um geossítio até o final de 2019. Por Roberta Almeida. 09 de Março de 2019. Disponível em: < <https://entrelinhaz2019.blogspot.com/2019/03/regiao-do-cariri-deve-contar-com-mais.html> > Acesso em 10 de dezembro de 2019.

ESCOLANO, Agustín Benito. *A Escola como Cultura: experiência, memória e arqueologia*. Campinas: Alínea, 2017

ESTACIO-FMJ. Disponível em: < <http://portal.estacio.br/unidades/faculdade-de-medicina-estacio-de-juazeiro-do-norte/sobre-a-instituicao/> > Acesso em 27 de novembro de 2018.

ESTAÇÕES FERROVIÁRIAS DO BRASIL. Estados do Ceará, Piauí e Maranhão. Linha Fortaleza-Crato. Disponível em: < https://www.estacoesferroviarias.com.br/ce_crato/crato.htm > Acesso em 02 de dezembro de 2019.

FAMED. 2019. Faculdade de Medicina da UFC. A criação da FAMED. Blog produzido pela bolsista de extensão Andreza Almeida da Universidade Federal do Ceará, sob a orientação da Prof. Dra. Silvia Bomfim Hyppolito. Disponível em: < <http://famedufc.blogspot.com/p/historia.html> > Acesso em 03 de janeiro de 2020.

FAMED. Famed Cariri. A Faculdade. Introdução / **O Curso de Medicina do Cariri Hoje. 2019 Disponível em:** < <http://www.famedcariri.ufc.br/a-faculdade/introducao/> >. Acesso em 05 de outubro de 2019.

FERNANDES, Jefferson Santos. 2019. O Cariri Cearense no Plano Diretor de Regionalização da Saúde: Breve Contextualização. XIII ENANPEGE. A GEOGRAFIA BRASILEIRA NA CIÊNCIA-MUNDO: produção, circulação e apropriação do conhecimento. De 2 a 7 de setembro de 2019. São Paulo. Disponível em: < https://www.enanpege2019.anpege.ggf.br/resources/anais/8/1562595655_ARQUIVO_enanpege.pdf > Acesso em 12 de dezembro de 2019.

<file:///C:/Users/Ossian/Downloads/26209-95474-1-PB.pdf> Medicina e mulheres Crésio Alves

G1. 2010. Ceará. Cidades e Soluções. VLT chega ao Brasil pelo Cariri. 10/11/10. Por Marina Saraiva. Disponível em: < <http://g1.globo.com/globo-news/cidades-e-solucoes/platb/2010/11/10/vlt-chega-ao-brasil-pelo-cariri/> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.

G1. 2012. CEARÁ. Notícias. Juazeiro do Norte (CE) atrai número recorde de romeiros. 22/01/2012 08h12. Por **André Teixeira.** Disponível em: < <http://g1.globo.com/ceara/noticia/2012/01/juazeiro-do-norte-ce-atrai-numero-recorde-de-romeiros.html> > Acesso em 05 de dezembro de 2019.

G1. 2017. Ceará. Notícia. 100% do território cearense corre risco de desertificação, alerta Funceme. 19/08/2017 07h46. Disponível em: < <https://g1.globo.com/ceara/noticia/100-do-territorio-cearense-corre-risco-de-desertificacao-alerta-funceme.ghtml> > Acesso em 09 de dezembro de 2019.

G1. 2017. Ceará. Notícia. Arqueóloga Rosiane Limaverde morre aos 51 anos no Ceará. 21/03/2017 08h39 - Atualizado em 21/03/2017 09h39. Disponível em: < <http://g1.globo.com/ceara/noticia/2017/03/arqueologa-rosiane-limaverde-morre-aos-51-anos-no-ceara.html> > Acesso em 10 de dezembro de 2019.

G1. 2018. Ceará. Notícia. Ceará tem 11% do território em processo de desertificação, aponta estudo. 17/06/2018 13h48. Disponível em: < <https://g1.globo.com/ce/ceara/noticia/ceara-tem-11-do-territorio-em-processo-de-desertificacao-aponta-estudo.ghtml> > Acesso em 09 de dezembro de 2019.

GADELHA, Georgina da Silva. 2009. O Centro Médico Cearense: lugar de produção, conservação e transmissão do saber médico. *O público e o privado* - Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Disponível em: < <http://www.seer.uece.br/?journal=opublicoeoprivado&page=article&op=view&path%5B%5D=104&path%5B%5D=173> > Acesso em 26 de dezembro de 2019.

GAZETA DO CARIRI. 2018. População aumenta a 7,27% e chega a 605.518 habitantes na Região Metropolitana do Cariri. Disponível em: <

<http://www.gazetadocariri.com/2018/09/populacao-aumenta-727-e-chega-605518.html> >
Acesso em 17 de dezembro de 2019.

GEOPARK ARARIPE. GEOCONSERVAÇÃO. 2019. A Bacia Sedimentar do Araripe. Disponível em: < http://geoparkararipe.urca.br/?page_id=2114 > Acesso em 15 de novembro de 2019.

GUIA INVESTIMENTOS CEARÁ: Onde você pode investir no Ceará / Ceará Investment Guide: Where you can invest in Ceará. -Fortaleza: Instituto Albanisa Sarasate/OPOVO, 2018. Edição Bilíngue: Português – Inglês. Tradução: Gregório Oliveira. ISSN: 2447-4916

GUIMARÃES, E. S. et al. Matrix of Priorities for the Management of Visitation Impacts on the Geosites of Araripe UNESCO Global Geopark (NE Brazil). *Geosciences* 2018, 8(6), 199; <https://doi.org/10.3390/geosciences8060199>. Disponível em: < <https://www.mdpi.com/2076-3263/8/6/199> > Acesso em 20 de novembro de 2019.

GUIMARÃES, M. L. S. 2000. 'História e natureza em von Martius: esquadrinhando o Brasil para construir a nação'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VII(2), 389-410, jul.-out. 2000. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702000000300008> > Acesso em 23 de dezembro de 2019.

I. C. B Antunes, R.O. SILVA, T. S. BANDEIRA. Semana de Humanidades: [A Reforma Universitária de 1968 e as transformações nas instituições de ensino superior](http://www.cchla.ufrn.br/shXIX/anais/GT29/A%20REFORMA%20UNIVERSIT%C1RIA%20DE%201968%20E%20AS%20TRANSFORMA%C7%D5ES%20NAS%20INSTITUI%C7%D5ES%20DE%20ENSINO%20SUPERIOR.pdf). <http://www.cchla.ufrn.br/shXIX/anais/GT29/A%20REFORMA%20UNIVERSIT%C1RIA%20DE%201968%20E%20AS%20TRANSFORMA%C7%D5ES%20NAS%20INSTITUI%C7%D5ES%20DE%20ENSINO%20SUPERIOR.pdf>

IBGE. 2019. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas do povoamento. Evolução da População Brasileira. Disponível em: < <https://brasil500anos.ibge.gov.br/estatisticas-do-povoamento/evolucao-da-populacao-brasileira.html> > Acesso em 24 de dezembro de 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Biblioteca. Ceará. Barbalha. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/ceara/barbalha.pdf> > Acesso em 17 de dezembro de 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil. Ceará. Pesquisa. Frota de Veículos. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ce/barreira/pesquisa/22/28120?tipo=ranking> > Acesso em 04 de dezembro de 2019.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. GEOCIÊNCIAS. CARTAS E MAPAS. MAPAS REGIONAIS. Disponível em: < <https://www.ibge.gov.br/geociencias/cartas-e-mapas/mapas-regionais/15974-semiarido-brasileiro.html?=&t=o-que-e> > Acesso em 13 de novembro de 2019.

INFRAERO. Infraero Aeroportos. Aeroporto de Juazeiro do Norte – Orlando Bezerra de Menezes. Características. Disponível em: < <https://www4.infraero.gov.br/aeroportos/aeroporto-de-juazeiro-do-norte-orlando-bezerra-de-menezes/> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.

INFRAERO. Infraero Aeroportos. Imprensa. Notícias. Aeroporto de Juazeiro do Norte bate recorde de passageiros em 2018. Disponível em: < <https://www4.infraero.gov.br/imprensa/noticias/aeroporto-de-juazeiro-do-norte-bate-recorde-de-passageiros-em-2018/> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2018). BIBLIOTECA – IBGE. Disponível em: < <https://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo.html?id=435151&view=detalhes> > Acesso em: 05 de Outubro de 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE (2018). *Censo Demográfico*. Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br> > Acesso em: 22 de Junho de 2018.

- JULIA, Dominique. A cultura escolar como objeto histórico. *Revista brasileira de história da educação*. Maringá: Editora da Universidade Estadual de Maringá. Sociedade Brasileira de História da Educação (SBHE). n°1, pg. 9-43. Jan./jun. 2001.
- KRAISCH, Adriana Machado Pimentel de Oliveira. 2008. Os Índios Tapuias do Cariri Paraibano no Período Colonial: Ocupação e Dispersão. Anais do II Encontro Internacional de História Colonial. Mneme – Revista de Humanidades. UFRN. Caicó (RN), v. 9. n. 24, p. 35. Set/out. 2008. ISSN 1518-3394. Disponível em: < www.cerescaico.ufrn.br/mneme/anais > Acesso em 03 de setembro de 2019.
- LATTES. 2019. Plataforma Lattes. Curriculum Vitae: Rosiane Limaverde Vilar Mendonça. ID Lattes: 3589238315188479. Última atualização do currículo em: 16/02/2017. Disponível em: < <http://lattes.cnpq.br/3589238315188479> > Acesso em 11 de dezembro de 2019.
- LIMAVERDE, Rosiane. Os Registros Rupestres da Chapada do Araripe Ceará-Brasil. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Arqueologia e Preservação do Patrimônio como parte dos requisitos para obtenção do grau de mestre. CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO. RECIFE - PE, 2006.
- LOPES, Cícero Roberto Martins; CAVALCANTE, Itabaraci Nazareno; DIAS, Francisco Wladiston Cordeiro & VERÍSSIMO, Liano Silva. As Águas Subterrâneas para o Abastecimento Público de Juazeiro do Norte, Região do Cariri, Ceará – Brasil. 2002. SUPLEMENTO - Anais do XII Congresso Brasileiro de Águas Subterrâneas. Disponível em: < <https://aguassubterraneas.abas.org/asubterraneas/article/view/22855/15002> > Acesso em 05 de dezembro de 2019.
- MACEDO, P et al. Uma Visão de Startup no Cariri. Disponível em: < <https://www.slideshare.net/pymacedo/startup-cariri-1-edio> > Acesso 13 de novembro de 2019.
- MARTIRE JUNIOR, Lybio. 2013. CREMESP. **História da Medicina. Especialidades médicas: uma história que não é de agora.** *Revista ser médico*. Edição 63 – Abril/Maio/Junho de 2013. Disponível em: < <https://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=673> > Acesso em 26 de dezembro de 2019.
- MELHORES ROTAS. Planejador de Rotas Avançado para Viajantes de Carro. Disponível em: < <https://www.melhoresrotas.com> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.
- MINUTO NORDESTE. 2015. Há 103 Anos Nascia Luiz Gonzaga. 13/12/2015 07:17 - Atualizado em 21/06/2016 09:11. Disponível em: < <http://www.minutonordeste.com.br/noticia/ha-103-anos-nascia-luiz-gonzaga/1041/imprimir> > Acesso em 21 de dezembro de 2019.
- MOCHIUTTI, Nair Fernanda et al. Os Valores da Geodiversidade: Geossítios do Geopark Araripe/CE. Anuário do Instituto de Geociências – UFRJ. 2012. Disponível em: < http://www.anuario.igeo.ufrj.br/2012_1/2012_1_173_189.pdf > Acesso em 18 de novembro de 2019.
- MORO, M. F. et al. Vegetação, unidades fitoecológicas e diversidade paisagística do estado do Ceará. 2015. Rodriguésia vol.66 no.3 Rio de Janeiro July/Sep. 2015. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/2175-7860201566305> > Versão online: ISSN 2175-7860. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-78602015000300717 > Acesso em 17 de novembro de 2019.
- MOURA-FÉ, Marcelo Martins de. Um mundo chamado Cariri. *Tendências. Cienc. Cult.* vol.69 no.2 São Paulo Apr./Jun. 2017. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.21800/2317-66602017000200002> > Acesso em 19 de dezembro de 2019.
- NAVARRO, E. A. *Dicionário de tupi antigo: a língua indígena clássica do Brasil*. São Paulo: Global. 2013. P 545.
- NÓVOA, A. (Coord.). **As Organizações Escolares em Análise**. Lisboa: Dom Quixote. Lisboa: 1995, p. 13-42. (Coleção: Nova Enciclopédia)

- O POVO. 2000. Acervo. Entrevistas. Martins Filho: O Reitor do Reitores. Disponível em: < <https://www20.opovo.com.br/app/acervo/entrevistas/2012/08/10/noticiasentrevistas,2896925/martins-filho-o-reitor-dos-reitores.shtml> > Acesso em 25 de dezembro de 2019.
- O POVO. 2016. Jornal de Hoje. Opinião. Ecos tardios do I Congresso Brasileiro de Médicos Católicos. Por Marcelo Gurgel Carlos da Silva. Disponível em: < <https://www20.opovo.com.br/app/opovo/opiniao/2016/11/26/noticiasjornalopiniao,3671540/e-cos-tardios-do-i-congresso-brasileiro-de-medicos-catolicos.shtml> > Acesso em 26 de dezembro de 2019.
- O POVO. Anuário do Ceará, 2017. Fortaleza: Grupo de Comunicação O POVO, 2017-2018. ISSN 1677-2881. Disponível também no site: < www.anuariodoceara.com.br > Acesso em 31 de julho de 2019.
- O POVO. Guia Investimentos Ceará: Onde você pode investir no Ceará = Ceará Investment Guide: Where you can invest in Ceará. -Fortaleza: Instituto Albanisa Sarasate/OPOVO, 2018. Edição Bilingue: Português – Inglês. Tradução: Gregório Oliveira. ISSN: 2447-4916
- OLIVEIRA, Antonio José de. Os Kariri - Resistências à ocupação dos sertões dos Cariris Novos no século XVIII. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Ceará – UFC. Antonio José de Oliveira. – Fortaleza - CE, 2017.
- OLIVEIRA, Antônio José de. Os Kariri-resistências à ocupação dos sertões dos Cariris Novos no século XVIII/ Antonio José de Oliveira. – Fortaleza - CE, 2017. 310p.; il. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Ceará – UFC
- OPINIÃO. 2012. Médicos católicos. Postado quinta-feira, 08 de novembro 2012. Disponível em: < <https://www.oestadoce.com.br/opiniao/medicos-catolicos> > Acesso em 26 de dezembro de 2019.
- PÁDUA, E. M. M. de. O processo de pesquisa. In: _____. **Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática**. Campinas: Papyrus, 1997. p. 29 – 89. (Coleção Práxis).
- PATATIVA DO ASSARÉ. 1978. Cante lá, que Eu Canto cá. Ed. Vozes, 1978, RJ. Versão em PDF. Disponível em: < <http://www.reformaagrariaemdados.org.br/sites/default/files/Cante%20%20que%20eu%20canto%20c%20-%20Patativa%20do%20Assar%20C%20A9.pdf> > Acesso em 21 de dezembro de 2019.
- PENNESI, Karen et SOUZA, Carla Renata Braga de. O encontro anual dos profetas da chuva em Quixadá, Ceará: a circulação de discursos na invenção de uma tradição. Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 18, n. 38, p. 159-186, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832012000200007> Acesso em: 09 de dezembro de 2019.
- PEREIRA JR, José de Sena. NOVA DELIMITAÇÃO DO SEMI-ÁRIDO BRASILEIRO. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, 2007. Centro de Documentação e Informação Coordenação de Biblioteca. Câmara dos Deputados, Praça 3 Poderes Consultoria Legislativa. Anexo III - Térreo Brasília – DF. Disponível em: < <http://bd.camara.gov.br> > Acesso em 13 de novembro de 2019.
- PETRONE, Pasquale. Contribuição ao Estudo da Região do Cariri, no Ceará. Geografia Humana. Boletim Paulista de Geografia. Março de 1955 - N.º 19, p. 27. Associação dos Geógrafos Brasileiros. 2017. Disponível em: < <https://www.agb.org.br/index.php/boletim-paulista/article/download> > Acesso em 10 de dezembro de 2019.
- PINHEIRO, Irineu. Efemérides do Cariri. Fortaleza: Editora da universidade Federal do Ceará, coedição SECULT – CE, 2010b.
- PINHEIRO, Irineu. O Cariri. Fortaleza: Editora da universidade Federal do Ceará, coedição SECULT – CE, 2010a.
- PINHEIRO, Irineu. **O Cariri**. Re-edição comemorativa da obra de 1950. Fortaleza: Editora da universidade Federal do Ceará, coedição SECULT – CE, 2010.
- PNUD. 2019. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD Brasil. Home. IDH. O que é IDH? Disponível em: <

<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html> > Acesso em 09 de dezembro de 2019.

PORTAL DA EDUCAÇÃO. 2019. Artigos. Educação e Pedagogia. Filosofia Árabe.

Disponível em: < <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/esporte/filosofia-arabe/49685> > Acesso em 23 de dezembro de 2019.

PORTAL DA HISTÓRIA DO CEARÁ. 2019. Pesquisa. *Jornal. Associação Cearense de Imprensa. Fortaleza.* *Jornal Unitario. 1947.* Ed. 1947-12 *Jornal Unitario.* Disponível em: < http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=69328&catid=655&Itemid=101 > Acesso em 24 de dezembro de 2019.

PORTAL DA HISTÓRIA DO CEARÁ. 2019. Pesquisa. Jurandir Marães Picanço. Disponível em: <

http://portal.ceara.pro.br/index.php?searchword=jurandir+mar%C3%A3es+pican%C3%A7o&ordering=date&searchphrase=all&Itemid=133&view=pesquisa&option=com_pesquisa>

Acesso em 24 de dezembro de 2019.

PORTAL DA HISTÓRIA DO CEARÁ. 2019. Pesquisa. Jurandir Marães Picanço. Disponível em: <

http://portal.ceara.pro.br/index.php?option=com_content&view=article&id=7880&catid=297&Itemid=101 > Acesso em 24 de dezembro de 2019.

PORTOGENTE. Artigos. O uso da locomotiva diesel no Brasil. 2007. 09 de Julho de 2007 às 18:07. Disponível em: < <https://portogente.com.br/artigos/12692-o-uso-da-locomotiva-diesel-no-brasil> > Acesso em 19 de novembro de 2019.

PORTELI, Alessandro. História Oral Como Gênero. *Revista Projeto História.* São Paulo: 22 de Junho 2001.

PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO (PPC). Currículo de Medicina. Comissão de Reforma Curricular/Fortaleza. Imprensa Universitária, 2001 - 2016.

PÚBLICA. Agência de Jornalismo Investigativo. A Transposição, um projeto dos tempos do Império. Por Marcia Dementshuk. 6 de fevereiro de 2014 / 12:00. Disponível em: < <https://apublica.org/2014/02/transposicao-um-projeto-dos-tempos-imperio/> > Acesso em 05 de dezembro de 2019.

QUEIROZ, I. S. REGIÃO METROPOLITANA DO CARIRI CEARENSE. A METRÓPOLE FORA DO EIXO. *Mercator, Fortaleza,* v. 13, n. 3, p. 93-104, set./dez. 2014.

QUEIROZ, Ivan da Silva. 2014. REGIÃO METROPOLITANA DO CARIRI CEARENSE, A METRÓPOLE FORA DO EIXO. *Mercator (Fortaleza) vol.13 no.3 Fortaleza Sept./Dec.* 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.4215/RM2014.1303.0007> > Acesso em 20 de setembro de 2019.

RAMIRES, Jéssica et al. A VARIABILIDADE PLUVIOMÉTRICA NO CARIRI CEARENSE E A INFLUÊNCIA DAS TELECONEXÕES ENOS E ODP. XVII Simpósio Brasileiro de Geografia Física Aplicada. I Congresso Nacional de Geografia Física. Os Desafios da Geografia Física na Fronteira do Conhecimento. Instituto de Geociências – UNICAMP. Campinas – SP. 28 de junho a 02 de julho de 2017. Disponível em: < <https://ocs.ige.unicamp.br/ojs/sbgfa/article/view/2431-Texto%20do%20artigo-11191-1-10-20170928.pdf> > Acesso em 16 de novembro de 2019.

RAMOS, Francisco Regis Lopes. Juazeiro e Caldeirão: espaços de sagrado e profano. In: SOUZA, Simone de. *Uma Nova História do Ceará.* Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2004.

RÊGO, Péricles Sena do. Análise da variabilidade genética e estudo populacional de *Antilophia bokermanni* (Aves: Pipridae) com implicações para sua conservação. 2010. 108 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Museu Paraense Emílio Goeldi, Belém, 2010. Programa de Pós-Graduação em Zoologia.

RÊGO, Péricles Sena do. Análise da variabilidade genética e estudo populacional de *Antilophia bokermanni* (Aves: Pipridae) com implicações para sua conservação. 2010. 108 f. Tese

- (Doutorado) - Universidade Federal do Pará, Museu Paraense Emílio Goeldi, Belém, 2010. Programa de Pós-Graduação em Zoologia. Disponível em: < <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/4448> > Acesso em 17 de novembro de 2019.
- SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE FORTALEZA. 2019. Disponível em: < <https://santacasace.org.br/> > Acesso em 26 de dezembro de 2019
- SCLIAR, Moacyr. Cenas médicas: pequena introdução à história da medicina. 2. Ed. – Porto Alegre: Ed. da Universidade/UFRGS, 1996.
- SÃO CAMILO. 2020. Institucional. Histórico do Hospital São Francisco de Assis. Disponível em: < <http://www.saocamilocrato.org.br/institucional/historico-do-hospital> > Acesso em 07 de janeiro de 2020.
- SÃO VICENTE. 2020. Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo. O Hospital. Instalações. Conheça nossa história. Disponível em: < <http://www.saovicente.org.br/instalacoes/> > Acesso em 07 de janeiro de 2020.
- SESC. 2018. [Sesc Notícias](#). Berço da cultura, o Cariri é uma grande vitrine de tradições. seg 5 de novembro de 2018. Disponível em: < <https://www.sesc-ce.com.br/noticias/berco-da-cultura-o-cariri-e-uma-grande-vitrine-de-tradicoes/> > Acesso em 19 de dezembro de 2019.
- SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 24^a ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2016. Pg 134-135.
- SILVA, L. M. Paisagem e Memória no Cariri Cearense: apontamentos de pesquisa. XXVII Simpósio Nacional de História: Lugares dos Historiadores Velhos e novos desafios. Florianópolis SC. Disponível em: < http://www.snh2015.anpuh.org/resources/anais/39/1439858185_ARQUIVO_Paisagemememorianocariri-apontamentosdepesquisa.pdf > Acesso em 23 de abril de 2019.
- SILVA, M.D. & Silva S.G.D. 1991. Chapada do Araripe, valiosa riqueza fossilífera nacional depredada Ceará – Brasil. In: ENCONTRO DE GEÓGRAFOS DA AMÉRICA LATINA, 3, Toluca, 1991. Anais eletrônicos. Toluca, UAEM. Disponível em: < <http://observatoriogeograficoamericalatina.org.mx/egal3/Geografiasocioeconomica/Geografiahistorica/05.pdf> > Acesso em 14 de novembro de 2019.
- SOBRINHO, Thomaz Pompeu. O Povoamento do Cariri Cearense. Revista da Academia Cearense de Letras. Nº 32, p. 195-205, 1956.
- SOUSA, R. A. F. In: Geosaberes, Fortaleza, v. 6, número especial (3), p. 454 - 468, Fevereiro. 2016
- SOUSA, R. A. F. In: Geosaberes, Fortaleza, v. 6, número especial (3), p. 454 - 468, Fevereiro. 2016.
- SZYMANSKI, Heloisa. **A entrevista na educação: a prática reflexiva**. Heloisa Szymanski (org.), Laurinda Ramalho de Almeida, Regina Célia Almeida Rego Prandini. – Brasília: Liber Livro Editora, 2004. 4^a ed. (2001).
- TAVARES, Sandra. Floresta Nacional do Araripe-Apodi celebra 70 anos. 2016. Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade – ICMBio. MINISTÉRIO DO MEIO AMBIENTE.. Publicado: Quarta, 27 de Abril de 2016, 17h00. Disponível em: < <http://www.icmbio.gov.br/portal/ultimas-noticias/20-geral/7878-floresta-nacional-do-araripe-celebra-70-anos> > Acesso em 17 de novembro de 2019.
- UFC, 2013. Notícias. Notícias de 2013. Disponível em: < <http://ufc.br/noticias/noticias-de-2013/3587-historia-e-homenagens-abrem-comemoracoes-dos-65-anos-da-faculdade-de-medicina> > Acesso em 16 de outubro de 2018
- UFC. 2019. Universidade Federal do Ceará. A Universidade. O início. Disponível em: < <http://www.ufc.br/a-universidade> > Acesso em 25 de dezembro de 2019.
- UFC. 2019. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina Histórico. Disponível em: < <http://www.medicina.ufc.br/historico/> > Acesso em 24 de dezembro de 2019.
- UFC. 2019. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Sobre. Disponível em: < <http://www.medicina.ufc.br/sobre/> > Acesso em 24 de dezembro de 2019.

- UFC. 2019. Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina. Sobre. Disponível em: < <http://www.medicina.ufc.br/sobre/> > Acesso em 24 de dezembro de 2019.
- UFRJ. 2019. Universidade Federal do Rio de Janeiro. História. Disponível em: < <https://ufrj.br/historia> > Acesso em 24 de dezembro de 2019.
- UNESCO. Natural Sciences. Environment. Earth Sciences. UNESCO Global Geoparks. List of UNESCO Global Geoparks. Araripe. Disponível em: < <http://www.unesco.org/new/en/natural-sciences/environment/earth-sciences/unesco-global-geoparks/list-of-unesco-global-geoparks/brazil/araripe/> > Acesso em 18 de novembro de 2019.
- URCA. Portal. Professor da URCA tem artigo incluído na base de dados da NASA. Quarta-feira, 30 de Outubro de 2019. 23:54. Disponível em: < <http://www.urca.br/novo/portal/index.php/latest-news/45947-professor-da-urca-tem-artigo-incluido-na-base-de-dados-da-nasa> > Acesso em 20 de novembro de 2019.
- VERÍSSIMO, Liano Silva e CAVALCANTE, Itabaraci Nazareno. As Águas Subterrâneas do Crajubar, Região do Cariri - Estado Do Ceará – Brasil. 2000, Fortaleza. Anais do 1 st Joint World Congress on Groundwater. Disponível em: < <https://aguassubterraneas.abas.org/asubterraneas/article/viewFile/23450/15537> > Acesso em 03 de dezembro de 2019.
- VIEIRA, J. Flávio. **Dormindo à borda do abismo: a medicina no Cariri cearense 1800-1900.** Fortaleza: Expressão Gráfica e Editora, 2018.
- VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 1986. 8ª Conferência Nacional de Saúde. 17 a 21 de Março de 1986. Relatório Final. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf > Acesso em 23 de dezembro de 2019.
- WALKER, D. In: Blog Portal de Juazeiro. Postado em 06 de outubro de 2015. Disponível em: < <http://www.portaldejuazeiro.com> > Acessado em: 06 de Outubro de 2018.
- WR ENGENHARIA. 2019. Notícias. Construção civil em pleno vapor em Juazeiro do Norte. **24/04/2019. Disponível em:** < <https://wrengenharia.com.br/incorporadora/construcao-civil-em-pleno-vapor-em-juazeiro-do-norte/> > Acesso em: 17 de dezembro de 2019.
- YACUZZI, E. (2005). **El estudio de caso como metodología de investigación: teoría, mecanismos causales, validación.** (Serie Documentos de Trabajo). Disponível em <<http://www.cema.edu.ar/publicaciones/download/documentos/296.pdf>.> Acesso em: 06 de Outubro de 2018
- YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e método/** Robert K Yin; trad. Daniel Grassi – 2.ed.- Porto Alegre: Bookman, 2001.