

**A POTÊNCIA DO ENCONTRO COMO DISPOSITIVO DA FORMAÇÃO  
MÉDICA: reflexões a partir da experiência em um projeto de pesquisa e extensão  
universitária**

**THE POWER OF THE MEETING AS MEDICAL DEVICE TRAINING :  
reflections from experience in a research project and university extension**

João André Santos de Oliveira<sup>1</sup>

**RESUMO**

Este artigo objetiva refletir sobre a formação médica a partir da experiência em um Projeto de extensão universitária em uma população remanescente de Quilombo. Utilizaram-se registros das afecções produzidas pela experiência e relatos de dois estudantes através de entrevistas semiestruturadas. Tomando-se como disparador os encontros na graduação, aponta-se a insuficiência da diversificação dos campos de prática e da inserção dos estudantes nos mesmos desde o início da graduação como estratégias de transformação dos currículos. O Projeto foi um dispositivo analisador da formação médica, levando-nos a pensá-la como uma cartografia produzida em ato e micropoliticamente por cada estudante a partir dos encontros singulares e experiências que acontecem na graduação. Valorizar os encontros e as afecções que os mesmos produzem, em especial com os usuários e suas formas de existir, recolhendo as experiências singulares produzidas nesse processo, é necessário para a construção de outra perspectiva e agenda de transformação da formação médica.

**Palavras-chave:** Educação de Graduação em Medicina; Currículo; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde; Serviços de Integração Docente-Assistencial.

**ABSTRACT**

This article aims to reflect on medical education from experience in a research and

---

<sup>1</sup> Médico, Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana, Professor da Universidade Federal da Bahia

extension in a remaining Quilombo community. We used records of complaints and reports produced by the experience of two students through interviews after the completion of the project. Taking as a trigger encounters at graduation pointing to insufficient diversification of fields of practice and the integration of students in the same since the beginning of the course as a strategy for transforming the curriculum. The project was an analyzer device of medical training, leading us to think of it as a map produced in act and micropoliticamente per student from the singular encounters and experiences that happen during the graduation. Valuing meetings and affections that they produce, especially with users and their ways of being, and gather unique experiences produced in this process is required for the construction of another perspective of medical training.

**Key Words:** Education, Medical, Undergraduate; Curriculum; Health Knowledge, Attitudes, Practice Teaching Care Integration Services.

## INTRODUÇÃO

Este artigo objetiva refletir sobre a formação em saúde e, mais especificamente, em medicina, a partir da experiência de um professor e dois estudantes de medicina de uma universidade baiana em um projeto de pesquisa e extensão, chamado por seus participantes de Projeto Quilombola, realizado em comunidade remanescente de quilombo no estado da Bahia. O projeto desenvolveu-se em 2013 e contou com a participação de estudantes e professores de vários cursos da área da saúde e de outras áreas, além de representantes da secretaria estadual de saúde, em um esforço de refletir e atuar de forma interdisciplinar e intersetorial.

A participação no Projeto Quilombola funcionou como um verdadeiro dispositivo analisador, levando-nos a uma reflexão sobre a universidade. Nesse percurso reflexivo, enveredamos para a formação em medicina e o papel que um projeto como este pode ter em apontar as fragilidades e os desafios que a formação em medicina e a atual agenda de reformas curriculares não têm conseguido enfrentar.

O debate sobre a formação médica no Brasil não é novo, porém, em tempos de novas Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Medicina e do Programa

Mais Médicos<sup>2</sup> (BRASIL, 2013), nunca foi tão oportuno reaviva-lo. O tema da formação em saúde, o longo das duas últimas décadas, “vem sendo desenhado e recortado por iniciativas de ordem prática, política e pedagógica que traçam diferentes formas e modos de como se ensina e se aprende a ser profissional” (ABRAHÃO; MERHY, 2014, p. 314).

Desde a década de 90, com a criação da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico – CINAEM (2000), a qual envolveu entidades como o Conselho Federal de Medicina - CFM, Associação Médica Brasileira - AMB, Associação Brasileira de Ensino Médico - ABEM e Direção Executiva na Nacional dos Estudantes de Medicina - DENEM, vem sendo produzido muito movimento em torno da transformação dos cursos de medicina. Esse movimento culminou, em 2001, com a instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina (DCN) pelo Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (BRASIL, 2001).

Durante toda a primeira década dos anos 2000 e até agora, na tentativa de implantar o que as DCN propunham, experimentou-se diferentes estratégias. A diversificação dos cenários de aprendizagem e a inserção dos estudantes nos mesmos desde o início do curso, com ênfase na inserção no território e na atenção básica, destacaram-se como apostas importantes e, de uma forma ou de outra, amplamente experimentadas.

No mundo do trabalho em saúde, por sua vez, deparamo-nos com uma intensa fragmentação e especialização. O modelo tecnoassistencial vigente, o modelo médico hegemônico – MMH<sup>2</sup> (SILVA JÚNIOR, 1998), assenta-se em uma estruturação tecnológica na qual a produção de procedimentos centrada em tecnologias duras é o que

---

<sup>2</sup> Programa do Ministério da Saúde, instituído pela Lei 12.871, de 22 de outubro de 2013, que tem como finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS), além de vários objetivos, entre os quais se destacam: fortalecer a prestação de serviços de atenção básica em saúde no País; aprimorar a formação médica no País e proporcionar maior experiência no campo de prática médica durante o processo de formação; ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimento do SUS, desenvolvendo seu conhecimento sobre a realidade da saúde da população brasileira; 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.

rege o fazer dos profissionais e, em especial, o do médico, em detrimento da produção de vínculo, autonomização, responsabilização, acolhimento e conexão com a experiência de sofrimento do sujeito que demanda cuidado (MERHY; FRANCO, 2013). Esse arranjo tecnológico não é um privilégio de nenhum âmbito de atenção, assim como não é exclusivo de serviços públicos e nem dos privados, expressando-se sempre que há um encontro entre profissional de saúde e usuário.

Sem desconsiderar a importância das referidas apostas, esse artigo propõe-se a problematizá-las, na perspectiva de apontar para a construção de outro olhar sobre a agenda de transformação das escolas médicas. Para tanto, tomou-se como ponto de partida os encontros que ocorrem hegemonicamente nas graduações em medicina e a potência que os mesmos possuem enquanto dispositivos de ensino-aprendizagem. Assim, pretende-se avançar na direção de outra perspectiva de reformas curriculares: mudar a “vista do ponto<sup>3</sup>” e não o ponto de vista (MERHY, 2013).

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

As reflexões e apontamentos realizados neste artigo basearam-se nos registros das afecções produzidas pela experiência no Projeto Quilombola de pesquisa e extensão, denominado aqui apenas de Projeto, tanto no autor (um dos professores orientadores), quanto nos estudantes de medicina, os quais foram solicitados a produzir um diário de campo, registrando no mesmo todas as sensações, percepções e incômodos sentidos por eles na relação com os moradores da comunidade remanescente de quilombo na qual o Projeto se desenvolveu.

Após o término do Projeto, foram realizadas entrevistas com os estudantes, denominados Estudante 1 e Estudante 2, quando procurou-se estimulá-los a produzir narrativas sobre a experiência que tiveram durante todo o processo; os registros nos diários de campo ajudaram na atualização dessas experiências.

Utilizaram-se trechos dos relatos no corpo do artigo, tanto para disparar alguma reflexão, quanto para reforçar e amadurecer reflexões produzidas pela experiência do autor como professor da graduação de medicina e na participação como

---

<sup>3</sup> Merhy (2014), ao brincar com as palavras, propõem um exercício de enxergar outras perspectivas (vistas do ponto) e não somente ter outros pontos de vistas, o que não seria capaz de produzir as transformações necessárias na atenção básica. Pegamos emprestada essa oferta para pensar a formação médica.

pesquisador/orientador no Projeto. Os encontros, incômodos e desconfortos que o mesmo proporcionou, levaram a uma reflexão intensa sobre a formação médica, suas potências e fragilidades. Para entender melhor as questões surgidas nesse processo, buscaram-se alguns autores que ofertam conceitos-ferramenta<sup>4</sup> os quais ajudam a entender a micropolítica do cotidiano da produção do cuidado e do trabalho em saúde e a micropolítica da formação em saúde; assim como, autores que ajudam a entender a subjetividade envolvida na produção das experiências e da formação. Destacam-se as ofertas da Teoria das Afecções, de Espinosa (DELEUZE, 2002), e a produção de Merhy (2007), e outros autores, em torno da Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, coordenada por Emerson Elias Merhy.

Este Projeto foi aprovado pelo Conselho de Ética e Pesquisa, respeitando todas as orientações da Resolução nº 466/13 do Conselho Nacional de Saúde. Não há nenhum conflito de interesse envolvido no estudo.

## **A UNIVERSIDADE ENQUANTO CARTOGRAFIA: PENSANDO O PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM DE FORMA RIZOMÁTICA E A PARTIR DOS ENCONTROS**

Dialogando com os conceitos-ferramentas ofertados por alguns autores que nos levam a entender o ser humano com um sujeito social, cuja existência se produz em ato, micropoliticamente, nos encontros, conexões e interações durante toda a sua existência, podemos refletir sobre qualquer atividade social, inclusive a formação em saúde e, em especial, a formação médica.

Um indivíduo é, antes de mais nada, uma essência singular, isto é, um grau de potência. [...] A esse grau de potência corresponde um certo poder de ser afetado. [...] Assim, os animais definem-se menos por noções de gênero e de espécie que pelo poder de serem afetados, pelas afecções de que são capazes, pelas excitações a que reagem nos limites de sua potência. (Deleuze, 2002, pág. 33).

---

<sup>4</sup> Utilizamos termo conceito-ferramenta dialogando com a ideia de Gilles Deleuze (FOUCAULT, 2012) de que “a teoria é exatamente como uma caixa de ferramentas”; é preciso que funcione, que sirva para outras pessoas, inclusive para o teórico. As ofertas conceituais de alguns autores utilizadas nesse artigo foram tomadas porque serviram/servem, funcionaram/funcionam, para entender e atuar no mundo do cuidado e da formação em saúde.

Assim, quando dois corpos encontram-se (ou quando um corpo encontra uma ideia, por exemplo), pode acontecer que o modo existente de um seja bom para o outro, componha-se com ele, ou pode ser que não, seja mau, ou decomponha o mesmo. O estado do corpo afetado, ou “afecção”, pode mudar, transitar para outro estado; essa transição de um estado a outro, chama-se “afeto”. Dessa forma, a depender do encontro (bom ou mau) e das afecções (paixões alegres ou tristes) e afetos envolvidos no mesmo, pode haver aumento ou diminuição da potência de agir dos corpos envolvidos (DELEUZE, 2002).

Segundo Maturana (apud FRANCO; GAVALOTE, 2010, p. 17),

Os seres estão imersos em um sistema autopoietico que é reconstituído como unidade, uma rede de produção de componentes que em suas interações gera a mesma rede que os produz, constituindo seus limites como parte dele em seu espaço de existência.

Nessa perspectiva, começamos a pensar a universidade e, portanto, a graduação em medicina, menos como uma estrutura departamental, fragmentada e com processos formativos delineados em uma grade curricular, e mais como uma "máquina" produtora de encontros e interações das mais variadas ordens. Os encontros como geradores de afecções e de subjetividade são a mola da produção das existências e, por conseguinte, das experiências e do conhecimento. A produção do conhecimento é um dos resultados do pensar; e, segundo Damasceno (2010, p.90), “pensar é também objeto de um encontro, um encontro que faz signo, incomoda e força a pensar já que naturalmente não pensamos, mas somente quando somos incomodados e, portanto, levados a pensar”.

Mesmo possuindo uma série de normas, regras e "modos de fazer" inerentes à instituição acadêmica, pode-se considerar a formação como um conjunto de mapas em aberto, que vão se conformando em ato, uma cartografia, no sentido ofertado por Suely Rolnik em seu livro intitulado “Cartografia Sentimental – transformações contemporâneas do desejo”. Segundo Rolnik (2011, p.23), a cartografia é:

...um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que os desmanchamentos de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos.

Nessa cartografia, os heterogêneos e numerosos encontros que cada estudante da área da saúde vivencia (com colegas de curso ou de outras graduações, com professores, com orientadores de iniciação científica, de trabalhos de conclusão de cursos ou de projetos de extensão, e com profissionais de saúde e usuários do SUS, no caso das inserções dos estudantes dos cursos da área da saúde nos “campos de prática”<sup>5</sup>), disparam a produção de outras realidades que passam a habitar afetivamente e subjetivamente. Esse processo, entre outros, contribui com a construção, reforço ou abandono de representações sobre o que é ser profissional de saúde, sobre o que é ser médico, especificamente, sobre qual seu papel e seu objeto de trabalho, assim como a reafirmação e desconstrução de conceitos, posicionamentos ético-políticos e valorização de certas tecnologias de produção do cuidado e não de outras.

O relato do Estudante 1 dialoga com essa reflexão:

*...É por isso que eu participo deste projeto, para alimentar minha alma, me lembrar todos os dias porque eu escolhi medicina, pois dentro da universidade, o tempo todo, eu sou levado a esquecer.*

Esse estudante busca na participação em um Projeto de Extensão a possibilidade de “sobreviver” ao próprio curso de medicina. Outros recorrem à inserção em grupos como as ligas acadêmicas, projetos de pesquisa, movimento estudantil, entre outros. Assim, ao considerarmos as múltiplas possibilidades de entradas e saídas para a formação em medicina, e na saúde como um todo (na graduação, mas também em outros processos, como as pós-graduações no formato de residência), podemos produzir visibilidade para o fato de que todos se produzem de forma rizomática<sup>6</sup>, nos encontros que são possíveis no cotidiano.

---

<sup>5</sup> A expressão “Campos de Prática” é colocada entre aspas para destacar o incômodo do autor com essa denominação, a qual remete a ideia equivocada de que há um momento teórico seguido de outro momento, o da prática, onde a teoria será demonstrada ou aplicada.

<sup>6</sup> Sistema proposto por Deleuze e Guatarri no Volume 1 da sua obra *Mil Platôs Capitalismo e esquizofrenia*. Inspirado em sistemas botânicos, como as gramíneas, possui alguns princípios que podem ajudar a entender fenômenos como a vida em sociedade. São eles: princípio de conexão e heterogeneidade (qualquer ponto do rizoma pode ser conectado a qualquer outro e deve sê-lo; princípio da multiplicidade (é somente quando o múltiplo é tratado como substantivo, multiplicidade, que ele não tem mais nenhuma relação como o uno como sujeito ou como objeto, como realidade natural ou espiritual, como imagem e mundo); princípio de ruptura a-significante (um rizoma pode ser rompido, quebrado em um lugar qualquer, e também retoma seguindo uma ou outra de suas linhas e segundo outras linhas); princípio da cartografia e da decalcomania (um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo) (DELUZE; GUATARRI, 2009).

No sentido de fortalecer a ideia da produção rizomática dos estudantes nos seus percursos formativos, aliada ao conceito de cartografia, trazemos a noção de “redes vivas”; esse é um conceito-ferramenta ofertado por Merhy et al. (2014) em torno da reflexão sobre a produção do cuidado para além do instituído e das instituições, sobre a conformação das redes e sobre a produção do conhecimento sobre esses processos.

Esses autores colocam que

as ruas (...) traduzem-se por diferentes movimentos e conexões onde as pessoas é que vão produzindo as linhas e suas infinitas possibilidades, nas afecções que os encontros com os outros agenciam e, nesses contextos, os sujeitos são efetivas redes vivas em produção. (...) É trazer o lugar dos processos de encontros e suas atualizações das relações de poder. É trazer a micropolítica do encontro e a produção viva das redes de conexões existenciais, multiplicidades em agenciamento (MERHY et al., 2014, p. 156-157).

Pegamos emprestado esse conceito para refletir que os estudantes também são redes vivas, na medida em que produzem percursos muito singulares na sua vida formativa na universidade e na vida, a partir dos agenciamentos que os encontros com outros sujeitos e das experiências produzidas nesse processo; mesmo com todos os instituídos e capturas que existem e coexistem com as redes vivas e com as cartografias produzidas contínua e intensamente pelos sujeitos, estes produzem conhecimento e ampliam as possibilidades de outras conexões e outras produções de si mesmo, reinvenções constantes de seus próprios mundos; produzem a si mesmo como sujeitos e, ao mesmo tempo, produzem a realidade na qual estão inseridos: novas paisagens psicossociais.

Dessa forma, podemos pensar a universidade para além, somente, de uma instituição com legitimidade social, científica e política para a produção e transmissão dos enunciados e dos modelos de pensamentos considerados como “verdade” em nossa sociedade, a partir dos discursos e das práticas do paradigma científico hegemônico (FOUCAULT, 2006).

No entanto, a carga horária excessiva nos currículos médicos, com frequência, dificulta de forma importante que os estudantes tenham outras experiências fora da graduação ou, mesmo, articuladas a ela. Haddad et al. (2006) apontam que quase



metade dos estudantes de medicina (50,3%), nacionalmente, não desenvolvem atividades de pesquisa, ensino ou extensão complementares ao currículo de graduação.

As colocações do Estudante 2 corrobora com esses percentuais:

*O curso de medicina é muito diferente do que eu imaginava; [...] ou você estuda os seis anos, pegando nove ou oito matérias, ou você não se forma nos seis anos. [...] Eu acho que é praticamente inviável você fazer uma pesquisa, ter que estudar de manhã e de tarde, chegar em casa à noite, ter que sentar e estudar tudo que você viu ao longo do dia; [...] você tem duas opções: ou você vive a universidade, participa de atividades de extensão, de pesquisa, ou você se forma. Em medicina é extremamente complicado você aliar as duas coisas [...] Você está formando uma pessoa que vai se relacionar com outras, e esse relacionamento entre pessoas não é baseado apenas em técnica, é baseado em outras coisas; e não adianta o professor chegar em sala de aula e falar como devem ser as coisas, sobre suas vivências, como deve ser o tratamento, como deve ser a relação médico paciente, se o sujeito que vai ser médico um dia não vivencia isso, não se permite vivenciar isso.*

Ainda assim, o estudante busca outras formas de relacionar-se, de produzir outros encontros, dentro ou fora do currículo, que oportuniza a construção de novos mundos que passa a habitar enquanto futuro médico, novos territórios existenciais, levando-o a questionar e abandonar os que ocupava anteriormente, desterritorializando-se, em uma intensa cartografia (ROLNIK, 2011).

O relato do Estudante 1 nos permite refletir um pouco sobre a construção e desconstrução dos território existenciais a partir dos encontros.

*Durante o projeto, na segunda visita (intervenção), eu me questionei muito se que queria mesmo atuar como clínica, é como se eu me tornasse muito pequena, não sei explicar...é que teve um paciente que a gente conheceu lá que tomava muitos remédios e de forma errada, e eu não me vejo prescrevendo milhões de remédios para essa pessoa, sem pensar nos determinantes sociais. [...]. Esse encontro mexeu comigo, eu não fiz mais nada a manhã inteira, tentando construir uma forma dele (o paciente) entender os horários e para que servia cada um deles; e eu mesmo não sabia para que serviam, foi um colega da odontologia que me orientou; eu fiquei angustiada, como se aquele monte de remédios não fosse solucionar o problema dele, que era mais que isso. Depois, fiquei umas duas/três horas refletindo: até onde vai nosso papel como profissional e até onde vai a autonomia do paciente, a nossa capacidade de respeitar as escolhas dele?*

*Fiquei sem saber se a clínica era meu lugar, mas ainda não tenho as respostas para essas angústias [...].*

Nesse caso, o estudante, percebendo a insuficiência da clínica para lidar com situações tão complexas como a vida de qualquer pessoa, cogita a possibilidade de não querer ser “clínico”, como se “ser clínico” fosse sinônimo de “ser médico”. Por outro lado, o fato de conseguir perceber os determinantes sociais envolvidos na produção da saúde ou da doença e na adesão terapêutica o levava a pensar em não ser médico, como se a competência de compreender o adoecimento para além dos fatores biológicos fosse incompatível com o fazer do médico, o que denota certa representação do que é ser médico e sobre qual é objeto do trabalho do profissional médico, assim como, uma ideia de que perceber e considerar os determinantes sociais envolvidos na produção da saúde e da doença, e do sofrimento não faz parte do arsenal tecnológico de quem está envolvido na produção do cuidado.

No entanto, nem sempre o estudante produz territórios existências que destoam dos hegemônicos, filiados a certa perspectiva de produção das práticas profissionais. A depender dos encontros, da capacidade ou possibilidade que cada um tem de ser afetado, das experiências que vivem e da produção subjetiva nesse processo, o estudante pode tornar ainda mais rígidos os territórios que já habitava ou fincar-se em zonas de conforto estanques e repetitivas, como as que são alinhadas ao MMH e às corporações profissionais, por exemplo.

O relato do Estudante 2 ilustra bem isso:

*[...] Eu sempre me preocupei com o cuidado do outro, o olhar do outro, mas chega um momento que você está tão cansado, que não é por maldade, mas você apenas quer olhar para o paciente, fazer o que você tem que fazer e dizer “tchau, vai embora”. Tem uma hora que eu não aguento mais. Eu lembro em uma dessas, no módulo clínico (em uma Unidade de Saúde da Família), uma professora sentou para conversar comigo, e ela falou assim: “eu tenho observado que você tem feito as coisas por obrigação, não por que você quer fazer; você quer atender o paciente, preencher o prontuário e dizer tchau, vai embora. Por que você não pega o que você aprendeu nos seus trabalhos de extensão e coloca aqui em prática? Ela realmente tinha razão [...]”. Eu, [...] que participo desses Projetos, tenho me portado dessa forma, de que forma os outros estão? Então, até que ponto minha participação nesse outro lugar, que toma um tempo meu, tem feito ou não a diferença em minha vida, já que eu não estou trazendo isso para minha prática? Depois daquele dia, eu acho que fui uma outra pessoa! Teve uma outra semana eu um*

*paciente chegou para conversar comigo [...], naquele momento eu sentei para tentar entender a vida dele [...], foi uma outra consulta, um outro momento; isso porque eu tive essa perspicácia de pode entender que estava fazendo tudo errado e que, realmente, ela tinha razão (a professora), eu estava fazendo as coisas ali por obrigação. Isso mudou muito! Uma coisa é você vivenciar isso, outra é você colocar na sua prática, e eu acho que ela foi o que precisava para dar essa homogeneidade; esse chamado dela foi o que trouxe a minha visão para dizer assim: “eu faço isso em outro lugar (no Projeto), e eu posso fazer isso aqui dentro do consultório”. Eu acho que isso foi fundamental.*

Pode-se refletir que, apesar do Projeto ter possibilitado a construção de outras experiências, as capturas que ocorrem no curso de medicina são tão intensas, que terminam por diminuir a potência de outras possibilidades construídas por uma parte expressiva dos estudantes.

Por outro lado, e relacionando-se com isso, da mesma forma que as experiências de integração docente-assistencial nas décadas de 70 e 80 (FEURWERKER, 2014), caracterizadas principalmente como projetos de extensão universitária, os projetos de extensão ainda têm pouca importância dentro das universidades e são “desenvolvidas em sua maioria por pequenos grupos docentes oriundos de departamentos historicamente pouco poderosos dentro das escolas” (FEURWERKER, 2014, p. 147).

Assim, refletindo sobre a formação e para além do que cada estudante consegue produzir como possibilidades, vale a pena pensar sobre os tipos de encontro que a graduação em medicina, hegemonicamente, está possibilitando. O encontro com a professora, relatado pelo Estudante 2, foi uma verdadeira intervenção que o afetou intensamente, permitiu que desmanchasse aqueles contornos rígidos da repetição de certa existência como médico que estava se conformando, ampliando a potência da experiência vivida no Projeto; houve uma ampliação da sua potência de agir. Mas nem sempre isso acontece.

Considerando que a produção do imaginário do que é ser médico é fortemente reforçado e reproduzido na graduação, e que o MMH se expressa em todos os âmbitos de atenção, inclusive na atenção básica, não é arriscado afirmar que, apesar das mudanças curriculares que vêm ocorrendo, os encontros ainda são muito povoados e capturados por lógicas que mais produzem repetição de certos territórios existenciais do que a construção de novos.

Pensando as experiências como vivências que produzem transformação do sujeito e da sua forma de existir e perceber o mundo (LAROSSA, 2002), pode-se afirmar que as experiências dos estudantes produzidas hegemonicamente na graduação têm sido as mais diversas: o saber ainda é o centro da formação; incompreensão sobre o real motivo de “aprender” certos conteúdos; encontros esvaziados com os professores, com relações de poder bem demarcadas e desiguais; competitividade com os colegas; encontros esvaziados e desiguais com usuários nos “campos de prática”; objetificação do outro que busca cuidado; pouco protagonismo na construção do aprendizado e do conhecimento; pouco estímulo à criatividade e à aquisição de habilidades e posturas alinhadas ao médico que se almeja formar; pouca abertura, e não valorização de tecnologias de cuidado, para que a vida do outro invada o encontro na produção do cuidado; hipervalorização/fetice da tecnologia dura e leve-duras (clínica, por exemplo) como suficientes para lidar com ao sofrimento do outro que busca cuidado.

Ao mesmo tempo em que evidencia as diferenças entre a graduação e o Projeto, o relato do Estudante 1, abaixo, traz aspectos importantes que permitem refletir sobre os encontros que ocorrem entre os estudantes, com a corporação médica e com o mundo do trabalho médico fragmentado e norteado pela lógica de mercado.

*O curso de medicina não se comunica com isso (com a experiência no projeto), são dois mundos, não tem nada que aproxime, pelo contrário; acho que é um ambiente extremamente inóspito; acho que o vínculo não existe em nenhum espaço [...]; com os próprios colegas já é difícil, já existe um clima de competitividade muito grande e muitos já vestem essa carapuça de médicos. Vi coisas absurdas no primeiro semestre, como uma conselheira do conselho regional que falou que os estudantes de outros cursos, quando viram a cara para nós, é por que têm inveja, pois queriam ser estudantes de medicina e não são. [...] Eu não me sinto estimulada em nenhum momento, até agora. Pelo contrário, a gente é estimulada a ser neurologista, e o professor de “neuro” diz que é a matéria mais importante do que as outras. [...] O que eu ouvi de uma colega de semestre mais adiantado é que o que move o estudante de medicina é a competitividade, pois se você não for competitivo, não tem estímulo, pois os professores te levam para esse estímulo: “você tem que ser bom, tem que passar na residência da USP...”. É o que eu escuto no ciclo básico.*

Seguimos refletindo de forma mais interessada sobre os encontros nos chamados “campos de prática”, tendo em vista a importância que esses encontros possuem na formação médica.

## **OS ENCONTROS NOS “CAMPOS DE PRÁTICA” E A FORMAÇÃO MÉDICA: AS DOBRAS PRODUÇÃO DO CUIDADO, TRABALHO E FORMAÇÃO EM SAÚDE**

Apesar de todos os encontros citados serem muito importantes na formação médica, destacam-se os que ocorrem nos “campos de práticas”, onde coabitam e relacionam-se estudantes, professores, trabalhadores de saúde e usuários. É nesse contexto que operam com mais intensidade as quatro tensões que, segundo Abrahão e Merhy (2014), são constitutivas do campo da formação em saúde: a formação como experimentar; formação como um movimento de produzir-se; formação como território do trabalho vivo em ato; e a formação como criação.

Essa percepção é fortalecida se pensarmos nas semelhanças entre o trabalho em saúde e o trabalho na educação, ambos centrados no trabalho vivo em ato (MERHY, 2007); e se considerarmos que os estudantes, ao se inserirem nos serviços de saúde e na produção do cuidado, em alguma medida, envolvem-se no processo de trabalho da equipe deste serviço. Franco (2006), ao falar das redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde, afirma que

... a vida produtiva se organiza pelas relações ou, melhor dizendo, conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações. Essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando uma certa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que ele se encontra (FRANCO, 2006, p.1).

Nos “campos de práticas”, os estudantes acompanham professores e trabalhadores de saúde, médicos em sua grande maioria, atuando na produção do cuidado, seja em uma enfermaria, um ambulatório do hospital universitário, ou uma Unidade de Saúde da Família – USF. Segundo Franco (2013, p. 196), “a produção pedagógica ocorre *pari passu* à produção do cuidado, sendo constitutivos da mesma os processos de cognição e formação de novas subjetividades”. Este autor coloca, ainda, que “a subjetividade e implicação não aparecem nos manuais de ensino e aprendizagem,

mas está presente em todo processo assistencial, de produção pedagógica e a saúde” (FRANCO, 2013, p. 189).

Nessas inserções, nas quais se misturam a produção do cuidado, de subjetividades, de conhecimentos e a formação, em ato, ocorrem encontros altamente complexos e ricos que são atravessados e, por vezes, capturados por distintas lógicas que os tornam não tão bons encontros, principalmente para o usuário. Este, por vezes, ainda é considerado como um objeto das intervenções dos professores e estudantes, passivo, diante dos regimes e efeitos de verdade e, por conseguinte, de efeitos de poder do discurso e da prática hegemônica de produção do cuidado e da formação (FOUCAULT, 2006).

Merhy (2007, p.101) contribui com a caracterização da forma que o médico exerce seu trabalho hegemonicamente no cotidiano dos serviços de saúde, quando coloca que:

O trabalho médico, na sua intervenção, procura capturar o usuário a partir do seu universo de ação profissional e dos seus saberes tecnológicos que o conformam, tentando, em duplo movimento, tanto trazer o usuário e seu mundo para dentro do seu agir tecnológico, quanto subsumi-lo a este.

O relato do Estudante 2 traz elementos importantes que dialogam bem com essa captura do usuário, como a organização das práticas médicas hegemônicas e com as relações de poder nelas exercidas:

*... as pessoas se reportam a você como “senhor”, como “doutor”. Eu percebo isso até como estudante nos campos de práticas, mesmo o paciente sabendo que eu sou um mero estudante, há um certo respeito por mim, uma certa hierarquia [...] Como é que um sujeito está numa situação de vulnerabilidade [...], elas precisam de alguma coisa, estão sofrendo, demandando alguma coisa, e eu vou me aproveitar dessa minha hierarquia, desse meu poder, para suprir meu ego ou outras coisas? Eu vejo várias pessoas a minha volta, que seguem mais ou menos essa linha. Quando eu cheguei no quilombo, eu percebi que a situação era totalmente diferente; quando você percebe uma realidade diferente da sua, [...] as coisas que determinam aquilo ali, a vida das pessoas, isso muda completamente. Esse foi o aspecto fundamental do meu contato com as famílias: perceber que, independente de eu ser estudante agora ou médico lá na frente, eu vou estar em contato com outra pessoa, que tem necessidades, nem sempre biológicas, para dar um diagnóstico; mas necessidades de atenção, de ser ouvido, [...],*

*enfim, outras dimensões que, às vezes, a gente esquece na nossa formação e que lá eu pude perceber.*

No entanto, Merhy (2007) também coloca que não há uma sobreposição total das lógicas profissionais sobre os interesses e necessidades do usuário. Segundo esse autor, pelo fato do trabalho em saúde ser essencialmente comandado pelo trabalho vivo em ato, "operando como tecnologias relacionais, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados" (MERHY, 2007, p.49), leva a um grau de liberdade significativo na escolha do modo que acontecerá esse encontro.

Merhy (2007, p. 50) coloca que:

a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde expressa-se como processo de produção de relações intercessoras em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário final, que "representa", em última instância, necessidades de saúde com sua intencionalidade, e, portanto, o que pode, com seu interesse particular, "publicizar" as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena, do trabalho em saúde.

Assim, considera-se a realização dos encontros nos "campos de prática", onde há a produção de cuidado, como substrato importantíssimo da formação, pois é onde o estudante torna-se um sujeito "in-mundo" (ABRAHÃO et al., 2014), quando é exposto às necessidades de saúde, às formas singulares de expressar o sofrimento, ao diferente, ao inusitado, às realidades e modos de existir os mais variados. É quando o estudante observa um profissional de saúde ou professor em ação, é afetado pela forma do mesmo agir na produção do cuidado e toma ou não isso como exemplo, possibilitando, com mais potência, uma prática pedagógica que, segundo Abrahão e Merhy (2014),

inclua outras conexões possíveis para a formação, que seja um acontecimento. Ou seja, que produza abalos no campo dos sentidos, na efetuação daquilo que passa e toca no cotidiano da formação, em que os sujeitos (professor-aluno-usuário-profissional) envolvidos busquem novos significados para dar conta do que acontece a eles. (...) Pensamos em uma formação que permita a produção centrada na articulação de diferentes saberes, conhecimentos e aprendizados, e no território da vivência/experiência do aluno, partindo desse como sujeito da problematização da própria formação. Outro modo de produção que inclua outras possibilidades para além da inculcação de um saber científico aplicado (ABRAHÃO; MERHY, 2014, p.314).

A situação relatada pelo Estudante 2, referente a professora que o chamou a atenção e o remeteu a suas experiências no projeto de extensão, foi uma situação muito

marcante do papel que o exemplo, no exercício das práticas de cuidado, possui na formação do médico. O Estudante 2 continua aquele relato da seguinte forma:

*Tem muito isso do professor enquanto sujeito; o professor é também quem está formando o aluno; eu acho que, em determinados momentos, o aluno reflete o professor. A depender do seu comportamento diante dos alunos, eles vão agir da mesma forma, vão achar que aquele seu comportamento é o mais correto e adequado. Eu acho que o papel dela (da professora) enquanto sujeito, enquanto minha formadora, foi fundamental nesse sentido, de poder mudar, misturar as coisas, de fazer essa ligação de lá e cá.*

É interessante notar que mesmo a intensa experiência que o Estudante 2 viveu no Projeto não garantiu que o mesmo produzisse outras práticas de cuidado automaticamente, e que a atitude da professora se conformou como um dispositivo para produzir esse deslocamento do estudante. Essa percepção é central para a reflexão proposta neste artigo.

A partir do que Franco e Merhy (2011) apontam, de que se deve reconhecer que há uma produção subjetiva do cuidado, podemos afirmar que há uma produção subjetiva da formação, em especial, na formação em saúde. A produção subjetiva do cuidado, na medida em que os estudantes vivenciam junto ao preceptor no hospital universitário, ambulatório ou USF certo modo de realizar o cuidado, também vai se produzindo subjetivamente enquanto futuro médico. As afecções produzidas pelo exemplo dado por profissionais ou professores no exercício do trabalho vivo em ato, seja bom ou mau, entre outros, é um dos aspectos muito relevantes na formação em saúde. Vale ressaltar que o que produziu a desterritorialização do estudante não foi, apenas, a participação no Projeto e nem somente o exemplo da professora, mas a intervenção da mesma ao chamar a atenção sobre seu comportamento, o que o afetou profundamente e o fez colocar-se em análise.

Se pensarmos que os encontros dependem de quem está envolvido nos mesmos, constatamos que nos serviços de saúde é muito comum uma relação instrumental dos profissionais de saúde com as pessoas que buscam o cuidado, e isso se repete na formação, nos “campos de prática” da graduação em medicina, na qual o usuário é a oportunidade que o estudante tem de colocar “em prática” as técnicas que aprendeu e, para o professor/preceptor, a oportunidade de demonstrar o que foi dito na aula teórica. Existe, no mundo da produção do cuidado, uma formatação que contribui para que o profissional não se coloque na relação disposto a afetar-se, mas, sim, a aplicar sobre o



outro as tecnologias ancoradas na racionalidade científica hegemônica, legitimados pela universidade e pela sociedade como um todo.

Merhy (2010) contribui com essa reflexão, ao colocar o seguinte:

O outro analisador que me interessa destacar é uma outra grande aposta, no campo da formação, na construção de trabalhadores de Saúde, em particular no ensino universitário, que se pautam no mundo da rede de cuidados, pela ideia de um forte centramento nas suas próprias lógicas de saberes, tomando o outro que chega ao mundo do cuidado, o usuário, como seu objeto de ação. E isso tem construído uma forte imagem de processos subjetivantes na construção de trabalhadores, nas práticas formais de formação, que se julgam verdadeiros cientistas a manipular seus objetos, além de portadores de discursos cientificistas do saber no campo da Saúde e de proprietários exclusivos sobre esse saber de alguns em relação aos outros (MERHY, 2010, p.25).

Assim, na formação hegemônica na saúde, e na formação médica especificamente, o que se toma como fator de exposição do processo ensino aprendizagem é o saber e não as necessidades de saúde ou o sofrimento das pessoas (CINAEM, 2000). É assim que acontece em uma aula expositiva ou quando se utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem; é assim, também, em um atendimento ao usuário, mesmo na atenção básica, no qual a expectativa do estudante não é aprender a produzir o cuidado em conjunto com o outro sujeito, de forma integral, mas, sim, aprender a desenvolver a técnica semiológica adequada, a dar um diagnóstico que cabe no corpo biológico e a constatar, na "prática" o que aprendeu na "teoria".

Acontece uma inversão no processo de ensino-aprendizagem: o estudante não é exposto a uma situação e estimulado a construir conceitos e tecnologias ou a acessar os saberes já produzidos e sistematizados, adaptando-os, com seu trabalho vivo em ato, à situação vivida. Ele é estimulado a “aplicar” o conhecimento “adquirido”, dialogando pouco com as multiplicidades que constituem as pessoas e com os contextos sociais e subjetivos complexos nos quais estão inseridos e dos quais são também produtores.

Segundo Feuerwerker (2014),

...os modos de cuidar (em qualquer cenário de cuidado), a composição tecnológica do trabalho em saúde (e a necessidade de superar o trabalho centrado nos procedimentos), as referências que se utiliza para compreender o que são as necessidades de saúde (em qualquer cenário de cuidado) e, sobretudo, o lugar em que se coloca o usuário nas práticas em saúde pouco

entraram em questão na reorientação da formação em saúde (FEURWERKER, 2014, p.152).

O relato do Estudante 2 ajuda a ilustrar essa reflexão:

*Os alunos já têm uma péssima visão sobre esse olhar mais social da saúde, digamos assim; e quando você vê professores que não fazem uma visão adequada, não estimula a refletir sobre as coisas, a pensar sobre as coisas, a situação complica ainda mais. [...] O projeto me proporcionou vivenciar uma série de coisas que meu curso não vai me possibilitar vivenciar, por que meu curso é extremamente tecnicista, extremamente biológico, e se preocupa com uma série de coisas que fazem toda a diferença, mas poderiam ser irrelevantes quando comparadas a outras coisas.*

Esse contexto de formação leva o estudante a construir certa invisibilidade em relação em relação às variadas formas como se expressam as necessidades de saúde e o sofrimento das pessoas, tendo dificuldades de torná-las visíveis e tomá-las como objeto de seu aprendizado e, futuramente, de seu trabalho, para além das queixas focadas no corpo anátomo-fisiológico.

Essas características do trabalho médico são chave para refletir sobre as estratégias de reformas curriculares que vêm sendo adotadas de forma destacada. Assim, é insuficiente e, às vezes, pode ser até perigoso, inserir o estudante desde o início no território e em cenários como o da atenção básica se não houver a possibilidade de recolher essas experiências dos estudantes produzidas a partir dos encontros, de ampliar a construção de sentidos junto com os mesmos, torná-las dispositivo da formação, prioritariamente a partir da perspectiva dos usuários, e considerando o sujeito da formação de forma singular.

Nesse sentido, Feuerwerker (2014) coloca:

*Esse investimento prioritário na atenção básica como local privilegiado para produzir as necessárias mudanças nas práticas de atenção à saúde – tanto em relação ao modelo de atenção, como em relação às mudanças a formação – produz efeitos bastante limitados. Essa escolha tem a ver com um debate relacionado às tecnologias mais adequadas para organizar as práticas de saúde e às possibilidades de inovação das práticas de saúde no âmbito concreto da atuação das equipes e dos trabalhadores de saúde (FEURWERKER, 2014, p. 149).*

Uma consulta na USF, por exemplo, a depender de quem esteja envolvido, pode reproduzir o MMH; ou, mesmo, uma visita domiciliar, um dos diferenciais da Estratégia de Saúde da Família na perspectiva de implantar outro modelo técnico assistencial, pode

restringir-se a uma consulta médica tradicional (ou de enfermagem, de nutrição, etc.) dentro da casa do usuário, sem que haja produção de vínculo, autonomização, responsabilização e acolhimento das necessidades de saúde daquela pessoa e de sua família.

Feuerwerker (2014), ao refletir sobre a formação em saúde e o papel da diversificação dos cenários de aprendizagem, contribui com essa discussão:

...ao não operar micropoliticamente, ao não enfrentar a disputa de projeto de vida em todos os campos da saúde, ao não investir na produção de atores portadores de futuro e ao não buscar inovar práticas de cuidado em saúde, o SUS vem proporcionando a reafirmação dos conceitos e práticas hegemônicas e isso incide diretamente na possibilidade de produzir mudanças na formação (FEURWERKER, 2014, p. 153).

Não se pode esperar que inserções desde o início do curso em “campos de prática” diversificados garantam encontros produtores de outras experiências na formação médica. A possibilidade da inserção precoce na atenção básica, por exemplo, não ser garantia para produzir outra realidade formativa na saúde toma mais relevo quando percebemos que, de forma expressiva, as práticas de cuidado nesse âmbito de atenção têm se produzido com forte caráter de controle da vida das pessoas, em um importante exercício biopolítico, na qual a medicalização da vida e as práticas de educação e promoção da saúde tem desempenhado papel central (WEBER2011).

Para que outras experiências sejam possíveis, é preciso interrogar e tomar como objeto de reflexão, pedagogicamente, a micropolítica dessa inserção do estudante onde ocorre a produção do cuidado; que os professores, preceptores/profissionais de saúde e estudantes coloquem-se de outra forma nos encontros e, para que isso ocorra, é também necessário perceber quem demanda cuidado de outra forma, não mais como objeto das práticas ou “não sabidos” que devem seguir o que os “sabidos” dizem, mas como sujeitos de suas próprias vidas, complexos, desejanter, pujantes de vida e produtores de outros e variados regimes de verdade que precisam ser visibilizados na relação que se estabelece para o cuidado acontecer.

Mais do que implantar metodologias ativas de ensino-aprendizagem ou diversificar e antecipar as inserções nos “campos de prática”, é necessário refletir sobre os encontros a partir de outra perspectiva.

O relato do Estudante 1 relaciona-se com esse debate:

*No projeto, ratifiquei algo que já é bem importante para mim na vida, que é a questão do vínculo; no futuro, se eu chegar à conclusão junto com paciente de que certo tratamento é o melhor, e ele me disser: “Não vou conseguir largar o álcool” e eu disser: “vamos, então, diminuir o álcool”, eu sei que só vou conseguir isso se ele confiar em mim, se eu tiver uma relação com ela, e isso foi o que eu mais aprendi: [...] para dar certo, tem que ter vínculo, haver um laço verdadeiro. Essa coisa de “senta aqui e faz isso e aquilo”, não dá certo!*

É preciso, assim, produzir estratégias que oportunizem a relação e a convivência profícua com outros regimes de verdade, de forma a potencializar a formação na saúde; assim como, que possibilitem recolher as afecções e experiências dos estudantes e professores geradas nos encontros no cotidiano dos serviços de saúde.

Por outro lado, impõem-se a criação de oportunidades para que outros tipos de encontros ocorram; encontros mais livres, em cenários não tradicionais, com menos possibilidades de captura pelas lógicas profissionais, acadêmicas e formativas tradicionais. Os projetos de extensão, a depender da forma como se organizem, são potenciais agenciadores desses encontros.

Recorre-se a Feuerwerker (2014) para refletir sobre esse movimento de mudança de perspectiva na formação em saúde e médica:

Assim, torna-se fundamental ir ao encontro do usuário, reconhecendo-o como alguém portador de desejos, concepções, expectativas, história de vida – muito além do corpo biológico adoecido. Porque estas são desconstruções fundamentais: a do usuário-objeto, reduzido ao seu corpo biológico ou aos seus riscos de adoecer definidos por suas condições de vida [...] O sofrimento humano na sua existência real tem expressão muito singular e complexa [...] A vivência nos territórios, nos domicílios, pode ser aproveitada para fazer esse movimento de ampliação do olhar, da escuta, da perspectiva – para também desenvolvê-la em todos os outros lugares onde se cuida em saúde (FEURWERKER, 2014, p. 157).

### **APONTANDO OUTRAS PERSPECTIVAS PARA A FORMAÇÃO MÉDICA: É POSSÍVEL FABRICAR OUTRA “VISTA DO PONTO”?**

Na constante construção de outra formação médica, é preciso que as tecnologias-duras sejam ferramentas da produção do cuidado e não armadilhas; que se permita que a perspectiva de quem demanda cuidado invada o encontro na produção do cuidado e da formação; que os mundos e vidas das pessoas sejam trazidos para o cuidado e que as diferenças sejam potência e não ameaça (MERHY, 2012).

Nesse sentido, o Projeto foi uma experiência rica, que produziu encontros que afetaram intensamente os professores e estudantes envolvidos, ampliando sua potência de ação. Encontros tanto com estudantes de outros cursos, como com as pessoas no ambiente onde vivem, em uma perspectiva dialógica, pedagógica e no exercício da produção de relações o mais horizontais possíveis, que provocaram desconfortos sobre a formação nos estudantes envolvidos. Contribuiu com a percepção de que o adoecimento e a produção da saúde devem ser entendidos em conexão com a existência das pessoas e não a despeito desta. Percebeu-se a importância de extrapolar os cenários tradicionais de formação, para a produção de outros encontros de forma consequente, respeitando as diferentes perspectivas em jogo.

Assim, para transformar a formação, há de se refletir sobre como os estudantes, professores e usuários têm percebido os encontros ocorridos na graduação. É preciso interrogar esses encontros, saber o que têm produzido de afeto nos estudantes e professores, e o que se tem feito com isso, independente de serem bons ou maus encontros. É importante pensar a formação a partir da micropolítica do cuidado e da formação, e das experiências que são produzidas a partir daí, principalmente com as pessoas que demandam cuidado, suas necessidades de saúde, experiências de sofrimento e multiplicidades de existências. Interrogar, também, os encontros entre estudantes e professores, entendendo aquele como sujeito de seu processo de ensino-aprendizagem e protagonista de sua formação, e o professor como parceiro e facilitador nesse processo. Outras relações de poder são necessárias.

Por outro lado, é preciso valorizar o papel que o professor, no seu trabalho vivo em ato, tem na formação; além da diversificação e inserção desde o início nos “campos de prática”, é necessário produzir encontros nos quais os usuários sejam parceiros e sujeitos, não objetos de intervenção. É importante valorizar e recolher as experiências produzidas nesses encontros, para que possam virar dispositivo de formação (do estudante e professor). A experiência do professor deve ser uma das ofertas para a experiência do estudante.

É preciso que quem esteja inserido nesta dobra formação e produção do cuidado/trabalho em saúde coloquem-se estes desafios, sejam preparados para isso, desenvolvam estratégias para alcançar esses objetivos. “A [...] experimentação que possibilita o afetamento dos sujeitos do processo educacional só ocorre se houver ao mesmo tempo trabalho e educação ocorrendo juntos, agindo transversalmente nos

cenários do SUS” (FRANCO, 2013, p. 196). Para isso ser possível, há que se transformar a perspectiva, as apostas e a atual agenda de transformação da formação médica. O cenário atual de transformação na graduação e de expansão dos cursos de medicina, com forte orientação para a atuação na atenção básica, exige a fabricação de outra “vista do ponto” para a formação médica.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L.; MERHY, E.E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**, Botucatu, 18(49):313-24, 2014.

ABRAHÃO A. L.; MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; TALLEMBERG, C.; CHAGAS, M. S.; ROCHA, M.; SANTOS, N. L. P.; SILVA, E.; VIANNA, L. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. **Lugar Comum**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 133-144, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº-8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm). Acesso em: 10 abr. 2015.

CINAEM. Preparando a transformação da educação médica brasileira: projeto CINAEM III fase: relatório 1999-2000. Organizado por Roberto Xavier Piccini, Luiz Augusto Facchini e Rogério Carvalho dos Santos. Pelotas: UFPel, 2000.

DAMASCENO, V.M. Individuação, Corpo e Afecto em Gilles Deleuze. In: FRANCO, T.B.; RAMOS, V.C. (Orgs.). **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 76-92.

DELEUZE, G. **Espinosa: Filosofia prática**. 1ª Ed. São Paulo: Escuta, 2002, 144p.

FEUERWERCKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 1ª Ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 176p. Disponível em:

<<http://www.redeunida.org.br/editora-rede-unida/biblioteca-digital/colecao-micropolitica-do-trabalho-e-o-cuidado-em-saude/micropolitica-e-saude-pdf/view>>.

Acesso em: 23 abr. 2014.

FOUCAULT, M. Verdade e Poder. In. FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 22ª Ed. Org. MACHADO, R. Rio de Janeiro: Graal, 2006. p. 1-14.

FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder. In. **Ditos e Escritos volume IV: Estratégia, Poder-Saber**. 3ª Ed. Org.: MOTTA, M.B. Trad. RIBEIRO, V.L.A. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012. p. 36-45.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A.(Orgs.). **Gestão em Redes: Práticas de Avaliação Formação e Participação na Saúde**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006. p. 459-473.

FRANCO, T.B. Produção do Cuidado e Produção Pedagógica: integração de cenários do SUS. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 183-198.

FRANCO, T.B.; GAVALOTE, H.S. Em Busca da Clínica dos Afetos. In: FRANCO, T.A; RAMOS, V.C. (Orgs.). **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176-200.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATOS, R.A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2005. p. 181-93.

\_\_\_\_\_. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Colectiva** (Online), Buenos Aires, v. 7, n. 1, p. 9-20, Enero/Abril, 2011.

HADDAD, A.; PIERANTONI, C.; RISTOFF, D.; XAVIER, I.; GIOLO, J.; SILVA, L. A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde - Medicina: 1991-2004. Instituto Nacional de Estudos e pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006. 122 p.

LAROSSA, J.B. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. **Revista Brasileira de Educação**. São Paulo, n. 19, p. 20-28, Jan/Fev/Mar/Abr 2002.

MERHY, E.E. As vistas dos pontos de vista: Tensão dos Programas de Saúde da Família que pendem medidas. **Revista Brasileira Saúde da Família**. Ano 14, n. 35/36, mi./dez. 2013.

\_\_\_\_\_. Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida

cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Drogas e Cidadania: em debate**. Brasília: CFP, 2012, p. 9-18.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo**. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 189 p.

\_\_\_\_\_. Desafios de desaprendizagens no trabalho em Saúde: em busca de anômalos. In: LOBOSQUE, A.M. (Org.). **Caderno de Saúde Mental. Saúde Mental: Os desafios da formação**. Belo Horizonte, v. 3, p. 23-36, 2010.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In: FRANCO, T.B; MERHY, E.E. (Orgs.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. 1ªEd. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 109-137.

MERHY, E.E.; GOMES, M.P.C.; SILVA, E.; SANTOS, M.F.L.; CRUZ, K.T.; FRANCO, T.B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**. n. 52, p. 153-164, out. 2014

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo**. 2. Ed. Porto Alegre: Sulina e UFRGS, 2011. 248 p.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998. 143p.