



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
DOUTORADO EM EDUCAÇÃO**

**RAIMUNDO RODRIGUES DE FRANÇA JUNIOR**

**METODOLOGIAS ATIVAS EM UM CURRÍCULO DE FORMAÇÃO  
MÉDICA: otimismo, transcendentalismo, biopolítica e autogoverno**

Salvador  
2020

**RAIMUNDO RODRIGUES DE FRANÇA JUNIOR**

**METODOLOGIAS ATIVAS EM UM CURRÍCULO DE FORMAÇÃO MÉDICA:  
otimismo, transcendentalismo, biopolítica e autogoverno**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Marlécio Maknamara

Salvador  
2020

França Junior, Raimundo Rodrigues de.

Metodologias ativas em um currículo de formação médica : otimismo, transcendentalismo, biopolítica e autogoverno / Raimundo Rodrigues de França Junior. - 2020.

154 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Marlécio Maknamara da Silva Cunha.

Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação, Salvador, 2020.

1. Educação médica - Currículos. 2. Médicos - Formação. 3. Aprendizagem ativa. 4. Transcendentalismo. 5. Biopolítica. I. Cunha, Marlécio Maknamara da Silva. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Educação. III. Título.

## **RAIMUNDO RODRIGUES DE FRANÇA JUNIOR**

### **METODOLOGIAS ATIVAS EM UM CURRÍCULO DE FORMAÇÃO MÉDICA: otimismo, transcendentalismo, biopolítica e autogoverno**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Educação, defendida e aprovada em 23 de outubro de 2020.

#### **Banca Examinadora**

Prof.º Dr.º. Marlécio Maknamara – Orientador  
Doutor em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
Universidade Federal da Bahia

Prof.ª Dr.ª. Andréia M. Pereira de Oliveira – Titular Interna  
Doutora em Ensino, Filosofia e História das Ciências pela Universidade Federal da Bahia e Universidade Estadual de Feira de Santana, Brasil  
Universidade Federal da Bahia

Prof.º. Dr.º. Marco A. Leandro Barzano – Titular Externo  
Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil  
Universidade Estadual de Feira de Santana

Prof.ª. Dr.ª. Veleida Anahi da Silva - Titular Externa  
Doutora em Ciências da Educação pela Universidade de Paris 8, França  
Universidade Federal de Sergipe

Prof.ª. Dr.ª. M.ª. Elena Ortiz Espinoza – Titular Externa  
Doutora em Educação pela Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil  
Universidade Politécnica Salesiana, Equador

Prof.ª. Dr.ª. Rosiléia Oliveira de Almeida – Suplente Interno  
Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas, Brasil  
Universidade Federal da Bahia

Prof.º. Dr.º. José Roberto Feitosa Silva – Suplente Externo  
Doutor em Ciências Biológicas pela Universidade de São Paulo, Brasil  
Universidade Federal do Ceará

Para meus pais,  
D<sup>a</sup>. Maria Silene de O. França e  
Sr<sup>o</sup>. Raimundo R. de França (*in  
memorian*).

Para meu Orientador,  
Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Marlécio Maknamara.

A vocês dedico esta tese!

## AGRADECIMENTOS

Não é fácil e não foi fácil chegar a esse momento da tese/doutorado! Contudo, é muito prazeroso poder aqui dedicar algumas palavras em agradecimento àqueles/as que de modo direto e indireto contribuíram para a construção deste trabalho doutoral. Começo agradecendo ao Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Marlécio Maknamara, que ademais de orientador desta tese, foi meu professor, um parceiro e amigo neste processo de formação acadêmica e pessoal. Gratidão pela sua confiança, pelos seus ensinamentos, incentivo e apoio incondicional. Você foi/é meu pai acadêmico e minha fonte de inspiração para a vida! Nessa mesma vibração, agradeço ao ESCRE(VI)VER: Grupo de Estudos e Pesquisas com Narrativas em Educação/CNPq. Em específico, agradeço ao Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Marlécio Maknamara (Coordenador do ESCRE(VI)VER) e aos/as colegas Magno Clery, Evanilson Gurgel, Alexandre Alves, Aurélia Sarmento, Luiza Silva, Lucas Santana e João Paulo Silva, pela possibilidade de aprendizagem coletiva desenvolvida neste grupo.

Sou grato aos/as docentes do curso de graduação em Medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL/Campus de Arapiraca), que concederam a minha liberação para realização do doutorado e que me apoiaram ao assumirem minha carga horária de ensino durante meu afastamento. À UFAL também devo agradecimento as Pró-reitorias de Pesquisa e Pós-Graduação (PROPEP) e de Gestão de Pessoa e do Trabalho (PROGEP), pela concessão da bolsa do Programa de Desenvolvimento de Pessoal (PRODEP). Sou grato a essa instituição - da qual faço parte como docente - por esse incentivo a mais e pelo reconhecimento de minha capacidade como profissional e pesquisador.

Agradeço também pelo acolhimento do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal da Bahia (PPGE/UFBA) e pelas aprendizagens a todos/as os/as docentes e colegas de disciplina da Faculdade de Educação (FACED) desta referida instituição. Estendo esses agradecimentos a todos/as os/as servidores/as (docentes e técnicos/as) que fazem parte da UFBA, e que de modo direto e indireto contribuíram para a concretização de meu doutorado. Ainda em relação a UFBA, não poderia deixar de agradecer também ao PPGE/FACED/UFBA, a Pró-reitoria de Ensino e Pós-graduação (PEPG/UFBA), e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de Doutorado Sanduíche no Exterior (Edital CAPES-PRINT).

Em se tratando dessa linda experiência possibilitada pelas instituições acima apontadas, devo especial agradecimento ao Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Marlécio Maknamara por me aproximar de pessoas especiais, dentre as quais figura a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Elena Ortiz Espinoza, co-orientadora do meu estágio doutoral realizado junto a *Universidad Politécnica Salesiana del Ecuador* (UPS/EC). Agradeço a Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. M<sup>a</sup>. Elena – bem como a UPS/EC - pelo acolhimento e toda aprendizagem desenvolvida junto ao “Grupo de Investigación en Políticas curriculares y prácticas educativas”, que está sob sua Coordenação. Sou imensamente grato por todas as contribuições resultantes desta rica experiência formativa.

Por último, e não menos importante, agradeço a minha família e amigos/as, em especial, aos meus pais, D<sup>a</sup>. Maria Silene de O. França e Sr<sup>o</sup>. Raimundo R. de França (*in memoriam*), que com o apoio incondicional, tornaram mais leve e prazeroso este processo de doutoramento que aqui vos conto. Agradeço a todos/as que neste percurso acadêmico, profissional e pessoal me possibilitaram a dádiva de poder aprender e ser grato!

FRANÇA JUNIOR, Raimundo Rodrigues de. **Metodologias ativas em um currículo de formação médica: otimismo, transcendentalismo, biopolítica e autogoverno.** Orientador: Prof. Dr. Marlécio Maknamara. 2020, 154 f. il. Tese (doutorado em educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, 2020.

## RESUMO

A temática desta tese doutoral se insere nas discussões sobre educação médica, e de modo específico, sobre *currículo médico* e o uso de *Metodologias Ativas (MAs)* de ensino e aprendizagem. Da conexão entre esses temas o presente trabalho objetivou *investigar modos como sujeitos são produzidos no currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca), o qual foi tomado como o objeto da pesquisa.* Para dar conta dessa proposta de investigação, fundamentei meu referencial teórico-metodológico nos estudos pós-críticos sobre currículo (em específico, aqueles de inspiração foucaultiana). O mesmo me fez entender que se quisesse saber como e que tipos de sujeitos vêm sendo produzidos por este currículo, deveria ir até os discursos que sobressaem no mesmo, uma vez que são significados como práticas permeadas por relações de poder-saber que produzem aquilo que nomeiam. São, portanto, nos discursos onde estão articulados os mecanismos acionados para garantir o governo de discentes e a produção de profissionais médicos/as específicos/as. Dito isto, tornou-se central nesse trabalho de investigação, a questão sobre: *como são engendrados/produzidos sujeitos no currículo construído para o curso de graduação em medicina da UFAL?* O argumento defendido na tese foi de que: *o currículo médico da UFAL funciona segundo uma gestão governamental, ou uma governamentalidade, que tem no/a egresso/a de medicina seu alvo principal e no dispositivo da medicina engajada seu mecanismo essencial.* O currículo investigado foi compreendido a partir das táticas da governamentalidade que tem nesse dispositivo os modos de controlar a formação médica. A análise incidiu sobre o investimento discursivo desse dispositivo na normalização das condutas e forma mesma de ser médicos/as de discentes do curso de medicina da UFAL. Foram analisados fragmentos discursivos em circulação no currículo - oficial, formal, e em ação - e nas sessões de grupos focais realizadas com discentes do referido curso, mediante emprego de elementos da análise do discurso de inspiração foucaultiana. As análises aqui trazidas evidenciam que o referido currículo ensina modos de ser discentes ativos/as no sentido de posicioná-los/as entre o que seria ou não próprio de um/a profissionais médicos/as dito engajado/a/mais capaz. A tese mostrou que o currículo de medicina da UFAL, ao fundamentar-se nas MAs, investe sobre a produção de médicos/as como algo contingente, que é também ficcional, uma vez que não se tem uma garantia que as posições de um/a discente ativo/a sejam de fato ocupadas no currículo. Contudo, a análise evidenciou que as relações de forças/poder presentes no currículo - acionadas pelo dispositivo da medicina engajada - convergem para que tais posicionamentos sejam ocupados, não restando muitas outras possibilidades de ser discentes (futuros/as profissionais médicos/as) no currículo analisado. Dito de outro modo, conclui-se que os/as discentes são insistentemente convocados/as ao que o currículo prescreve para sua formação dentro de significados específicos sobre como tornar-se um/a médico/a engajado/a.

**PALAVRAS-CHAVE:** Currículo Médico; Metodologias Ativas; Transcendentalismo, Biopolítica e Autogoverno.

FRANÇA JUNIOR, Raimundo Rodrigues de. **Active methodologies in a medical education curriculum: optimism, transcendentalism, biopolitics and self-government.** Advisor: Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Marlécio Maknamara. 2020, 154 f. il. Thesis (doctorate in education) - Faculty of Education, Federal University of Bahia, 2020.

## ABSTRACT

The theme of this doctoral thesis is inserted in the discussions about medical education, and specifically, about medical curriculum and the use of Active Methodologies (MAs) for teaching and learning. From the connection between these themes, the present work aimed to investigate ways in which subjects are produced in the medical curriculum of UFAL (Campus de Arapiraca), which was taken as the object of the research. To account for this research proposal, I based my theoretical-methodological framework on post-critical studies on curriculum (specifically, those of Foucauldian inspiration). The same made me understand that if i wanted to know how and what types of subjects are being produced by this curriculum, i should go to the speeches that stand out in it, since they are meant as practices permeated by relations of power-knowledge that produce what they name. Therefore, in the speeches where mechanisms are articulated to guarantee the government of students and the production of specific medical professionals. That said, the question about: how are subjects generated / produced in the curriculum built for the undergraduate medical course at UFAL became central in this research work. The defended argument in the thesis was that: the medical curriculum at UFAL works according to a government management, or a governmentality, which has the main goal of medicine egresses and the essential mechanism of engaged medicine. The investigated curriculum was understood from the tactics of governmentality that has in this device the ways to control medical training. The analysis focused on the discursive investment of this device in the normalization of conduct and the way of being doctors / students of the medical course at UFAL. Discursive fragments in circulation were analyzed in the curriculum - official, formal, and in action - and in focus group sessions held with students of that course, using elements of the analysis of the Foucauldian inspired discourse. The analyzes brought here show that the referred curriculum teaches ways to be active students in the sense of placing them between what would be or would not be proper for a more capable medical professional. The thesis showed that the medical curriculum at UFAL, based on the MAs, invests in the production of doctors as something contingent, which is also fictional, since there is no guarantee that the positions of a active student are actually occupied in the curriculum. However, the analysis showed that the force / power relations present in the curriculum - triggered by the device of engaged medicine - converge so that such positions are occupied, with few possibilities of being students (future medical professionals) remaining in the analyzed curriculum. In other words, it is concluded that students are insistently summoned to what the curriculum prescribes for their training within specific meanings on how to become an engaged doctor.

**KEYWORDS:** Medical Curriculum; Active Methodologies; Transcendentalism, Biopolitics and Self-government.

## SUMÁRIO

<i>APRESENTAÇÃO-CONVITE</i> .....	12
<b>CAPÍTULO 1 - De pensar uma proposta a propor meu pensamento: meus percursos em um currículo de formação médica</b> .....	14
1.1 - Apontando (des)caminhos metodológicos para investigação de um currículo de Medicina fundamentado nas MAs.....	24
<b>CAPÍTULO 2 - Metodologias Ativas (MAs) como uma possibilidade para a formação médica</b> .....	40
2.1 - Uma possibilidade para a formação médica.....	41
2.2 - Buscar, selecionar, inferir e interpretar: apontando procedimentos da pesquisa....	48
2.3 - O que diz a literatura sobre o uso das MAs em educação médica no Brasil.....	50
<b>CAPÍTULO 3 - Metodologias Ativas como significado transcendental de currículos de formação médica</b> .....	60
3.1 - Significando um currículo a partir das teorias pós-críticas.....	62
3.2 - Problematizando discursos que constituem um currículo médico fundamentado no uso das MAs.....	69
3.3 - Como avançar com a pesquisa sobre a produção de sujeitos no currículo investigado?.....	76
<b>CAPÍTULO 4 - Discente ativo/a e medicina engajada: produções biopolíticas de um dispositivo na formação médica</b> .....	78
4.1 - Governo, dispositivo e biopoder: explorações conceituais.....	81
4.2 - Investimentos em normalização disciplinar e a produção do/a discente ativo/a/engajado/a em medicina.....	86
4.3 - Dispositivo da medicina engajada no currículo de medicina da UFAL: entre discursos, estudos, regulamentações, e organizações arquitetônicas.....	95
4.4 - Tecendo algumas considerações e apontando como busquei avançar com a investigação aqui em tela.....	108

<b>CAPÍTULO 5 - Poder pastoral e autogoverno na condução de um rebanho em um currículo médico.....</b>	<b>110</b>
5.1 - Poder pastoral, técnicas de si e governo (de si): explorações conceituais.....	113
5.2 - A condução do rebanho no currículo: no conjunto e em detalhes.....	116
5.3 - Tecendo algumas considerações.....	129
<b>6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>131</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>152</b>
Apêndice 1 - Modelo utilizado como Roteiro de debate para sessão de Grupo Focal..	152
Apêndice 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado com os sujeitos da pesquisa.....	153

## **APRESENTAÇÃO-CONVITE**

Profissionais médicos/as humanizados/as, éticos/as, críticos/as, reflexivos/as, transformadores/as, flexíveis, autônomos/as, capazes de tomar decisões e exercer liderança, com competências para trabalhar em diferentes contextos sociais e geográficos e atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde. Essas adjetivações referem ao perfil geral de profissional médico/a requerido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN's) para os cursos de graduação em medicina. Tal perfil seria possível de ser alcançado - segundo discurso das Metodologias Ativas (MAs) de ensino e aprendizagem – em um processo formativo onde o/a discente seja ativo/a, engajado/a e comprometido/a com seu autoaprendizado, um tipo de sujeito que ao mesmo em que segue regras (sujeito normatizado), deve ser capaz de uma suposta auto-condução, isto é, de agir sobre si mesmo (sujeito autônomo).

Estes são apenas alguns adjetivos usados por currículos de formação médica para qualificar o/a discente de medicina e o/a futuro/a profissional médico/a. Tais “nomes, adjetivos ou ‘modos de ser’” (MAKNAMARA, 2011, p. 14) são apresentados cotidianamente nas inúmeras práticas pedagógicas de formação médica desenvolvidas em diferentes espaços, onde é apontado como futuro/a profissional mais competente/apto/capaz - de lidar com problemas de saúde da população -, aquele/a que em seu processo formativo é ativo/a/ e engajado/a.

A investigação aqui apresentada incide sobre o **currículo de graduação em medicina do Campus Arapiraca da Universidade Federal de Alagoas (UFAL)**, o qual é fundamentado pelas MAs. Ao se basear nessas metodologias, tal currículo advoga para si a capacidade de formar médicos/as ditos/as mais competentes, aptos/as e capazes. Em atenção a essa autoafirmativa de um currículo médico, busquei não (re)afirmar esses discursos, mas problematizá-los no sentido de evidenciar seus efeitos em termos de produção de sujeitos. Foi com o objetivo de realizar tal exercício que desenvolvi o presente trabalho de investigação, cuja temática se insere nas discussões sobre educação médica, e de modo específico, sobre *currículo médico* e o uso de MAs. Para dar conta dessa proposta de pesquisa, fundamentei meu referencial teórico-metodológico nos estudos pós-críticos sobre currículo (em específico, aqueles de inspiração foucaultiana). É, portanto, pretensão deste texto expor o modo como desenvolvi meu trabalho de pesquisa, a qual foi realizada junto ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Educação, da Universidade Federal da Bahia

(PPGE/UFBA) e ao ESCRE(VI)VER: Grupo de Estudos e Pesquisas com Narrativas em Educação/CNPq (Coordenado pelo Prof. Drº Marlécio Maknamara). Na sequência, apresento os capítulos que explicam tanto minha trajetória, minha relação com o objeto de investigação e os achados que tive na pesquisa em relação a ele.

## CAPÍTULO 1

### **De pensar uma proposta a propor meu pensamento: meus percursos em um currículo de formação médica**

Quando um sociólogo, mestre em desenvolvimento local, se propõe a realizar conexões entre Currículo e Metodologias Ativas (MAs) de ensino e aprendizagem, algo pode parecer estranho. Afinal, como bem explicitou Maknamara (2011, p. 15) “ainda circulam em diferentes espaços escolares e não-escolares, assim como em universidades e diferentes faculdades, enunciações que se referem ao currículo como uma ‘grade’ a ser definida burocraticamente por uma cúpula de legisladores/as e técnicos/as em diferentes níveis de ensino”. As MAs também, em muitas enunciações, não passariam de técnicas, ditas mais apropriadas de ensino (MITRE, et al., 2008), que afirmariam tomar o/a aluno/a como centro da aprendizagem, permitindo a esse/a aquisição/construção do conhecimento/conteúdo previamente definido na “grade” como importante para formação. De onde viria, então, minha decisão por buscar tais conexões, em um exercício que nesta tese se caracteriza como de problematização<sup>1</sup>? O que impulsionou a um não especialista/técnico em currículo e métodos ativos de ensino e aprendizagem a investigar sobre esses temas?

Início este relato sobre o percurso realizado para desenvolvimento do meu trabalho de pesquisa no doutorado, afirmando que o caminho trilhado do começo de minhas atividades com pesquisa na educação superior até o presente momento, não foi constituído por uma linha reta. Tal afirmativa se deve ao fato de eu ter realizado tanto graduação<sup>2</sup> (em Ciências Sociais) como mestrado<sup>3</sup> (em Gestão e Promoção do

---

<sup>1</sup> Ao referir o trabalho aqui em tela como um exercício de problematização, devo esclarecer que me acerco a Foucault (2006b) e entendo que problematizar é evidenciar “o conjunto das práticas discursivas e não-discursivas que faz qualquer coisa entrar no jogo do verdadeiro e do falso e a constituem como objeto para o pensamento” (FOUCAULT, 2016b, p. 242). Fazer pesquisa nessa perspectiva significa “problematizar o que é dito e pensado sobre um determinado tema, tanto aquilo que pode ser tomado como falso, errado ou inadequado, quanto e, sobretudo, o que pode ser compreendido como verdadeiro, certo ou adequado [...] As respostas derivadas da pesquisa devem ser compreendidas como provisórias e parciais.” (DAL’IGNA, 2014, p. 200).

<sup>2</sup> Realizada junto ao Programa de Graduação em Ciências Sociais na Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), iniciada no ano de 2006 e finalizada em 2010.

<sup>3</sup> O mesmo foi desenvolvido no período de 2010 a 2011, junto ao Programa de Mestrado Interuniversitário em Gestão e Promoção do Desenvolvimento Local da Universidade de Valencia e Universidade Jaime I de Castellon na Espanha, onde desenvolvi pesquisa objetivando entender o impacto dos “novos fatores de desenvolvimento” (NOGUEIRA TUR, 2008) e do “ambiente institucional” (BASTOS, 2006) na definição dos comportamentos e limitação do desenvolvimento local e regional. O título de mestrado foi revalidado pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFRN.

Desenvolvimento Local) em áreas distintas (mesmo que próximas) do campo da Educação. Por isso ousou falar aqui em (des)caminhos<sup>4</sup> que, apesar de percorridos por áreas e temas distintos do que proponho para a investigação no doutorado, serviram para impulsionar não apenas o meu currículo, com a realização da graduação e inclusão de um primeiro curso de pós-graduação, mas também a visão de como um/a profissional/pesquisador/a deve conduzir a investigação nesse nível de formação acadêmica.

De um modo incipiente, o meu encontro/aproximação com o tema de investigação doutoral se deu logo após concluir o mestrado, momento em que comecei a trabalhar com a docência na educação superior. No período de 2012 a 2013 realizei atividades de docência junto ao curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança (FACENE/RN) no município de Mossoró/RN. Nessa instituição ministrei as disciplinas de “Sociologia da Saúde”; “Antropologia Filosófica” (ambas na Graduação em Enfermagem) e “Família no Brasil - Aspectos Sociais e Antropológicos” (na Pós Graduação em Saúde da Família). A partir desse momento, comecei a discutir a temática das propostas curriculares na educação em saúde, com ênfase naquelas baseadas em MAs de ensino e aprendizagem, haja vista que essas estavam sendo adotadas, via processo de mudança curricular, pela instituição onde eu trabalhava.

Gostaria de ressaltar que nesse momento minha leitura/percepção sobre currículo era muito atravessada pela **perspectiva tradicional** do tema (SILVA, 2002), quando ainda entendia currículo como um instrumento, instrução mecânica, uma enumeração de conteúdos e diretrizes a serem trabalhados em sala de aula pelos/as professores/as (SILVA, 2002). Recordo bem que minha preocupação e de toda a equipe de docentes que discutia a mudança curricular do curso se dava em torno da questão “como ensinar?”, isto é, “qual a melhor maneira de o/a discente obter o conhecimento?”. Desde então comecei a discutir sobre as MAs, e entendia/defendia as mesmas como técnicas mais apropriadas de ensino e aprendizagem. Embora fosse meu primeiro contato com a temática do currículo, eu não tinha chegado à compreensão que hoje tenho de currículo como um constructo, um artefato cultural, conforme argumentam Santos e Paraíso (1996). De todo modo, minhas primeiras percepções sobre o que vem a ser um currículo iniciaram naquela época.

---

<sup>4</sup> Aqui não me refiro ao conceito de descaminhos trabalhado por Bujes (2002). Este será utilizado na definição do meu referencial metodológico.

Passada essa experiência, no final do ano de 2013 prestei concurso público de provas e títulos para a área de “Sociedade, Natureza e Desenvolvimento” na Universidade Federal de Alagoas (Campus de Arapiraca). Aprovado, fui nomeado professor efetivo do curso de graduação em medicina. O interesse em me aproximar e discutir os temas “currículo” e “MAs” de ensino e aprendizagem se tornou cada vez mais expressivo, uma vez que o currículo do curso de medicina da UFAL é baseado nas MAs. No sentido da concretização curricular baseada nessas metodologias, tenho atuado em dois de seus eixos: o eixo Tutorial, que é baseado no método ativo da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP); e o eixo de Integração Ensino, Serviço, Comunidade (IESC), que é baseado no método ativo da Problematização (método do Arco de Margueret)<sup>5</sup>. Juntas ao eixo de Habilidades Médicas, essas frentes de atuação de docentes e discentes integram o currículo do referido curso (UFAL, 2017).

Vale ressaltar que a UFAL (Campus de Arapiraca) propôs a criação do novo curso de graduação em medicina no ano de 2013, sendo o mesmo operacionalizado a partir do ano de 2015. Nesse período, atuei como integrante da comissão de implantação do curso, e assumi a vice-coordenação do mesmo no ano de 2015. A implantação do curso de graduação em medicina naquele Campus foi pensada para acolher as atuais demandas na formação de médicos/as no Brasil, bem como as exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN’S - de medicina (BRASIL, 2014). Para tanto, a Instituição teve que pensar um modelo curricular que se propõe como diferenciado e voltado para atender as reais necessidades de saúde da população.

Devo confessar que nesse momento minha percepção sobre currículo havia mudado um pouco em relação a o que pensara sobre o tema quando atuava na Instituição de Ensino (IEs) anterior. Atravessado<sup>6</sup> por uma **compreensão crítica de currículo** (SILVA, 2002), defendia a possibilidade de o mesmo - via MAs - fazer revelar (SILVA, 2002) profissionais médicos humanizados, críticos, reflexivos, éticos e transformadores (tal como previsto nas DCN’s de medicina). A imersão em um curso que tem um currículo baseado no uso de MAs como estratégia de ensino e aprendizagem se tratara de algo novo em minha experiência na docência, e isso me levou a inquietação e conseqüente leitura sobre os temas aqui em tela. Com um olhar sobre a teoria passei a entender que empiricamente currículo é muito mais que uma lista

---

<sup>5</sup> Tanto a ABP como a Problematização serão discutidos no Capítulo 2 desta tese, quando contextualizo a emergência das MAs na educação médica do Brasil.

<sup>6</sup> Apesar de naquele momento eu não ter uma leitura da perspectiva crítica de currículo, posso afirmar que minha percepção/entendimento de currículo era mediada/atravessada por essas teorias.

de conteúdos ou disciplinas, é tudo que se ensina e se aprende no âmbito do espaço escolar. Significa afirmar também que o currículo é algo dinâmico e que o trabalho em sala exige ir além da lista de conteúdos, de áreas de conhecimentos específicos, previamente definidos.

Foi a partir dessas primeiras leituras que me deparei com autores/as que discutem **currículo desde uma perspectiva pós-crítica** (SANTOS; PARAÍSO, 1996; PARAÍSO, 2004, 2007; CORAZZA, 2004, 2001; SILVA, 2002) e **MA**s de ensino e aprendizagem (ARAUJO; SASTRE, 2009; BEHRENS, 2005; BERBEL, 1998; MITRE et al., 2008; PENAFORTE, 2001; PUTNAM, 2001). A partir desses/as autores/as, entendi que o trabalho docente supõe criar, recriar, fazendo o currículo conforme a necessidade da cultura, comunidade ou povo, incluindo as experiências do ensinar e do aprender dos diferentes sujeitos envolvidos nessa construção. Essa perspectiva me aproximou da ideia defendida por Silva (2002) de que “... o currículo é lugar, espaço, território. O currículo é relação de poder. O currículo é trajetória, viagem, percurso” (SILVA, 2002, p. 150). O mesmo afirma ainda que o currículo se especifica de acordo com cada região, povo e terra, nele se forjam as relações de poder onde a cultura que tem mais poder tenta impor seus valores sobre as outras, é lugar onde as identidades são construídas e nele se discute tempo, espaço, autonomia e existência (SILVA, 2002).

Desde essa perspectiva pós-crítica aprendi que currículo pode ser entendido também como “artefato cultural, à medida que traduz valores, pensamentos e perspectivas de uma determinada época ou sociedade” (SANTOS; PARAÍSO, 1996, p. 82). Santos e Paraíso (1996), ao enfatizarem o processo de construção do currículo, afirmam que esse forma/produz identidades e subjetividades. Assim, compreender os modos através dos quais essas identidades e subjetividades constituem-se dentro de um currículo baseado no uso de **MA**s, compreender os tipos de sujeitos formados/produzidos por esse currículo, tornou-se um desafio dentro do curso de graduação em medicina da UFAL (Campus de Arapiraca). Como resposta a esse desafio, passei a cogitar a possibilidade de toma-lo como **problema de pesquisa doutoral**.

Portanto, foi nesse momento de busca por uma melhor compreensão das **MA**s e de currículo, que me deparei pela primeira vez com leituras que afirmam outras

possibilidades de significar um currículo<sup>7</sup>. Apoiado no campo de estudos pós-críticos<sup>8</sup> sobre currículo, passei a perguntar sobre o que efetivamente se ensina nas práticas curriculares fundamentadas pelas MAs. Como elas produzem modos de ser discente? Como o/a discente se reconhece como determinado tipo sujeito nessas práticas? Tais questionamentos me impulsionaram a desenvolver uma investigação que abordasse/problematizasse os discursos que sobressaem no currículo de medicina da UFAL e seus efeitos sobre a produção de sujeitos<sup>9</sup>.

Desse modo, meu interesse/problema de investigação foi se constituindo em torno de uma preocupação que não estava ligada a defesa de um currículo médico fundamentado nas MAs - no sentido de afirmar e descrever o que pode ser feito a partir desse currículo -, mas sim, o que esse currículo, baseado nessas metodologias, é capaz de fazer, em termos de produção de sujeitos múltiplos e específicos. Ao olhar para o currículo de medicina da UFAL com as lentes pós-críticas, começava e me interessar pelos mecanismos de produção de discentes ditos ativos/as e futuros médicos engajados/as (UFAL, 2017). Dito de outro modo, começava a me preocupar pelos procedimentos de invenção/fabricação desse tipo de sujeito como efeitos da produtividade discursiva dessas MAs, “o que se delineia em processos de subjetivação engendrados pelas técnicas e tecnologias acionadas nos seus discursos” (MAKNAMARA, 2011, p. 15).

Reitero que foi o meu primeiro contato com as teorias pós-críticas de currículo, ainda de forma muito precoce, mas o suficiente para tomar a decisão de querer aprofunda-las, e conhece-las de fato, no doutorado. Foi nesse momento que também passei a cogitar a possibilidade de tomar o currículo de graduação em medicina da UFAL (Campus de Arapiraca) como **objeto legítimo de investigação**, propondo investigar os temas *currículo* e *MAs* dentro de uma realidade empírica da qual faço parte na condição de docente. Da conexão entre esses temas propus estudar a *produção de sujeitos* engendrada nesse currículo.

Sobre o currículo de graduação em medicina da UFAL, é válido apontar que o mesmo foi criado nos termos da Portaria MEC/SESU nº 109, de 5/6/2012 (BRASIL,

---

<sup>7</sup> Essas leituras sobre currículo desde perspectivas pós-críticas serão apresentadas no Capítulo 3 desta tese, onde as tomo como referência para problematizar discursos que sobressaem no currículo de medicina da UFAL.

<sup>8</sup> As teorias pós-críticas incluem: multiculturalismo, pós-estruturalismo, estudos de gênero, pós-modernismo, pós-colonialismo, pós-gênero, pós-feminismo, estudos culturais, estudos étnicos e raciais, pensamento da diferença e estudos queer (PARAÍSO, 2014).

<sup>9</sup> As noções de sujeito e produção de sujeitos desde uma perspectiva pós-crítica serão desenvolvidas ao longo do Capítulo 3 deste texto.

2012)<sup>10</sup>, e sua organização é baseada na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996a) e DCNs para os cursos de Medicina (BRASIL, 2014)<sup>11</sup>. Esses instrumentos legais orientam que a proposta do curso busque romper com uma formação orientada pela categoria doença e pautada no uso de metodologias conservadoras - ou tradicionais -, centradas na figura do/a professor/a, responsável por transmitir o conhecimento ao/a aluno/a.

O direcionamento dado pelos referidos instrumentos, em específico pelas DCN's, é o de que o currículo assuma um referencial mais abrangente – “as necessidades de saúde da população” – com o objetivo de ampliar o olhar dos/as profissionais para o sujeito doente. Esse instrumento indica ainda que a proposta curricular esteja pautada no uso de metodologias que favoreçam a participação ativa do aluno no processo de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2014). Ao ser fundamentado nesses moldes, o currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca) pretende não apenas atender as normas estabelecidas e fazer revelar profissionais médicos/as dito/as mais adequados/as/ideais, mas também ensinar como os/as egressos/as em medicina devem entender o mundo e a si mesmos/as.

**A escolha deste currículo como objeto de investigação** se deu pela presença das temáticas “currículo médico” e “MAs” (as quais estão articuladas e se tornam centrais nesta pesquisa) em minha trajetória profissional na educação médica, como apontado até aqui. Vale ainda destacar que, dessa experiência, algumas questões angustiavam-me, e de modo mais expressivo, destaco: a pressão externa e interna (ao curso) para garantir que todos/as os/as alunos/as consigam acompanhar a dinâmica das MAs e com isso, possam apreender as competências, habilidades e atitudes necessárias a formação de um/a profissional que esteja, supostamente, mais apto/a/capaz a prestar um cuidado amplo e irrestrito à saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Observo a partir dessa pressão, e das leituras que tenho realizado sobre educação médica, a centralidade que o tema das MAs assume frente a necessidade de

---

<sup>10</sup> Dispõe sobre a expansão de vagas em cursos de Medicina e criação de novos cursos de Medicina nas Universidades Federais;

<sup>11</sup> A LDBEN surge no cenário da educação superior definindo, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade. Tais prerrogativas foram reafirmadas pelas Diretrizes Curriculares para a maioria dos cursos da área de saúde, que segundo Almeida (2003) vem acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o Sistema Único de Saúde - SUS.

reformulação de alguns aspectos da formação médica<sup>12</sup>. Pesquisas realizadas no campo da educação médica, sobre o uso dessas MAs, têm reiterado as mesmas como “uma proposta metodológica que pode responder aos anseios de mudança curricular dos cursos de Medicina no País e no cenário mundial” (GOMES, et al., 2009, p. 434).

Dito de outro modo, as MAs são apontadas como “uma proposta metodológica que possibilita formar um profissional definido pelas DCN’s de medicina e que atenda às necessidades do SUS” (COSTA, 2016, p. 245). Contudo, nesse mesmo campo, pesquisas têm chamado atenção para a escassez de dados fundamentados sobre o desempenho de discentes de graduação em medicina no Brasil. Essas pesquisas apontam que isso dificulta a avaliação e análise objetiva da eficácia e efetividade de currículos fundamentados nas MAs (GOMES; REGO, 2011).

Cabe, portanto, problematizar a suposta eficácia e efetividade que esse currículo tem advogado para si, quando promete formar um tipo ideal de médico/a. O objetivo de problematizar aquilo que vem sendo imposto e considerado como correto, desejável, promissor para a formação médica, é produzir outros sentidos e significados para um currículo médico quando fundamentado nas MAs. Somado a esse fato, destaco ainda como **justificativa para realização dessa pesquisa**, a necessidade de preencher uma lacuna no campo da educação médica, em específico em relação aos estudos que conectam os temas currículo médico e o uso das MAs.

Ao realizar uma pesquisa de cunho bibliográfico<sup>13</sup> em torno desses temas - nas bases de dados da Associação Nacional de Pós-Graduação, Pesquisa e Educação (ANPED), e da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) – pude constatar essa lacuna. O referido trabalho teve por objetivo fazer um mapeamento sobre a produção científica em torno dos temas *currículo médico* e *MAs*. A pesquisa foi realizada a partir das produções textuais (trabalhos e pôsteres) nos GT’s 04 (Didática) e 12 (Currículo) da 24<sup>a</sup> à 38<sup>a</sup> reunião anual da ANPED, além das publicações dos volumes da RBEM no período de 2001 a 2017. Somado a essa pesquisa/levantamento, foi realizado, em outro momento, uma busca no portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Nessa base de dados o recorte temporal foi menor, de 2013 a 2017, e a ênfase foi dada as publicações de teses de doutorado.

---

<sup>12</sup> A contextualização dessa suposta necessidade de reformulação da educação médica é feita no Capítulo 2 deste texto.

<sup>13</sup> O referido trabalho foi inspirado nos critérios de uma pesquisa bibliográfica e será apresentado com mais detalhes no Capítulo 02 desta tese, onde busco discutir as MAs como uma possibilidade para a formação médica.

Por meio dessa pesquisa/levantamento<sup>14</sup> verifiquei a inexistência de trabalhos que tenham se dedicado a investigar (desde uma perspectiva pós-crítica) os efeitos de um currículo médico quando fundamentado pelas MAs. De modo geral, as pesquisas no campo da educação médica, que se debruçam sobre a análise das MAs, têm buscado reiterar o discurso das MAs como necessárias e fundamentais para a reformulação da educação médica.

Não é objetivo das mesmas compreender as relações de poder-saber estabelecidas nesse currículo, ou as posições de sujeitos disponibilizadas pelo mesmo. Essas pesquisas não estão preocupadas em descrever e analisar a governamentalidade ou a condução de modos de ser médicos/as em um currículo, tal como busquei fazer na pesquisa aqui em evidência. Ademais, esses trabalhos não têm utilizado o referencial foucaultiano – como proponho – para a análise de currículos fundamentados em MAs. Os mesmos são desenvolvidos, em sua maioria, com base nas perspectivas construtivista e interdisciplinar, onde são destacados teóricos como Paulo Freire, John Dewey e Jean Piaget (tal como será apontado no capítulo 02 desse texto).

Buscando romper com esse tipo de análise, investiguei o currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca), partindo do pressuposto de que um currículo pode ser entendido como um constructo, um “artefato cultural” (SANTOS; PARAÍSO, 1996) que efetua modos de subjetivação, isto é, práticas que produzem sujeitos de determinado tipo (CORAZZA, 2004). Essa concepção teórica me permite afirmar que o currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca), ao incorporar determinados saberes e constituir determinadas relações de poder, disponibiliza certas posições de sujeitos que podem ser ocupadas pelos/as discentes do curso a ele vinculados/as. Dito de outro modo, esse currículo, através de suas narrativas e significados “ensina, forma e produz sujeitos de determinados tipos” (PARAÍSO, 2010, p. 12). Para compreendê-lo, busquei analisar “seus conhecimentos, linguagens, formas de raciocínio, ciência, tipos de experiência, técnicas normativas, enquanto vinculadas às relações de saber e de poder” (CORAZZA, 2004, p. 57).

Tendo por base essa leitura de currículo, busquei investir, em minha pesquisa, na possibilidade de compreensão sobre: os tipos de efeitos que a ênfase do uso das MAs na

---

<sup>14</sup> O levantamento bibliográfico foi consubstanciado na forma de artigo e publicado na Revista Trabalho, Educação e Saúde (ISSN Online: 1981-7746). O artigo tem por título “A literatura sobre Metodologias Ativas em educação médica no Brasil: Notas para uma reflexão crítica”, o mesmo é de minha autoria e do Prof. Dr. Marlécio Maknamara (orientador desta pesquisa de doutorado). Está disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/tes/v17n1/0102-6909-tes-17-1-e0018214.pdf> Acessado em diferentes datas.

educação médica produz; os modos como alunos/as se posicionam perante o investimento discursivo que tem sido feito para garantir que se formem médicos/as de determinado tipo; ou ainda, os modos de ser estudante (futuros profissionais médicos) tramados nessas práticas. Dito isto, tornou-se central nesse trabalho de investigação, a questão sobre: **como são engendrados/produzidos sujeitos no currículo construído para o curso de graduação em medicina da UFAL (Campus de Arapiraca)?** Ou ainda, **o que (e como) esse currículo faz, em termos de produção?** Desmembrando esta questão, ainda pergunto: que tipos particulares de posições de sujeito têm sido disponibilizadas pelos discursos nesse currículo? Como eles demandam posições de sujeito? Que mecanismos e estratégias de poder são orquestrados na produção dessas posições de sujeito?

Compreender o/a discente de medicina como uma invenção e não como uma essência - a ser revelado/a pelos ideais das MAs -, me acerca a Paraíso (2006), pois essa autora entende que somos montados por práticas heterogêneas, que somos produzidos de formas muito particulares e específicas. É precisamente com base nesse referencial (da vertente pós-crítica dos estudos curriculares) que se tornou possível realizar o empreendimento analítico proposto nesta pesquisa (possibilitado pelo uso de ferramentas analíticas foucaultianas, tais como discurso, poder e saber)<sup>15</sup>. Esse empreendimento tem por **objetivo** investigar produção de sujeitos engendrados no currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca), para compreender os efeitos de suas práticas nos/as discentes do curso. De modo **específico**, busquei: descrever e analisar quais saberes/conhecimentos são incluídos e quais são excluídos nesse currículo; compreender que relações de poder são estabelecidas a partir dessa seleção; observar e descrever quais posições de sujeitos são disponibilizadas pelas práticas curriculares desse curso; identificar que (e como) mecanismos, estratégias, procedimentos e técnicas de poder são acionadas nesse currículo para produzir essas posições de sujeitos.

Devo esclarecer que esse caráter produtivo aqui atribuído ao currículo advém do fato de que “os discursos não são meras interseções entre palavras e coisas, mas [...] práticas que instituem aquilo de que falam” (MAKNAMARA, 2011, p. 18). Ademais,

---

<sup>15</sup> Essas ferramentas analíticas, assim como as noções de modos de subjetivação, governo/governamentalidade e dispositivo, serão melhor discutidas no Capítulo 03 desta tese, onde mostro como essas ferramentas/chaves analíticas são acionadas na dinâmica de um currículo. Contudo, devo ressaltar que é no Capítulo 04 onde aprofundo as discussões sobre as noções de governo e dispositivo.

devo antecipar que foi por meio do conceito foucaultiano de governo que analisei diferentes modos pelos quais sujeitos são produzidos no currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca). E desde já aponto que esse conceito não deve ser entendido nesse trabalho nos termos em que é extensamente conhecido, ou seja, como uma burocracia ou atividade exercida por um grupo de pessoas à frente da gestão da coisa pública. O mesmo deve ser entendido como “o modo através do qual a conduta dos indivíduos ou dos grupos poderia ser dirigida”, ou ainda, “modos de ação, mais ou menos considerados e calculados, destinados a agir sobre, as possibilidades de ação de outras pessoas” (FOUCAULT, 1995, p. 231).

Foucault significa governo como ato que se exerce sobre uma pessoa ou que ela exerce sobre si mesma, para controlar suas ações. Esse controle é exercido através de dispositivos, isto é, da rede que se pode tecer entre um conjunto de elementos heterogêneos como discursos, leis, regulamentos (FOUCAULT, 2007)<sup>16</sup>. Para Foucault (2007), o dispositivo refere-se ao modo como esses variados elementos se vinculam e se relacionam para atingir determinado fim, como seria, por exemplo, a produção de sujeitos a partir de um artefato, como o currículo. Talvez, por isso, Agamben defende que o “dispositivo é, antes de tudo, uma máquina que produz subjetivações e somente enquanto tal é também uma máquina de governo” (AGAMBEN, 2009, p.46).

Considerando essa noção de governo e de sua intrínseca relação com o conceito de dispositivo, persegui nessa investigação **o argumento de que: o currículo médico da UFAL funciona segundo uma gestão governamental, ou uma governamentalidade, que tem no/a egresso/a de medicina seu alvo principal e no dispositivo da medicina engajada seu mecanismo essencial**<sup>17</sup>. Para as mentalidades e finalidades desse currículo são acionadas variadas estratégias de poder-saber e são entrelaçadas práticas discursivas e não-discursivas. Desse modo, o currículo de medicina da UFAL (Campus de

---

<sup>16</sup> Tanto o conceito de dispositivo como de governo serão melhores discutidos nos Capítulos 3 e 4 dessa tese.

<sup>17</sup> Maknamara (2011), ao trabalhar em sua tese com a ideia de “dispositivo pedagógico”, aponta que se refere ao termo para “destacar que nossas experiências não são meras decorrências de mediações pedagógicas [...] numa apropriação do pensamento foucaultiano, o pedagógico não se limita a um simples veículo por meio do qual os indivíduos acumulam ‘evidências’ acerca das coisas do mundo” (p. 70). Com essa compreensão, é possível afirmar que os esforços de um dispositivo estão direcionados à “constituição ou à transformação da maneira pela qual as pessoas se descrevem, se narram, se julgam ou se controlam a si mesmas” (FOUCAULT, 2007, p. 57). Quando volto essa discussão para a análise do currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca), entendo que o dispositivo da medicina engajada se torna inseparável da produção de sujeitos que, nesse currículo, funcionam mediante o acionamento de tecnologias de governo destinadas a dirigir a conduta de discentes do curso.

Arapiraca) foi compreendido a partir das táticas da governamentalidade que tem nesse dispositivo os modos de controlar a formação médica.

Utilizarei a noção de governamentalidade em minha análise para tentar compreender a estruturação de um campo de ações possíveis e limitantes (FOUCAULT, 1995) para a formação médica no currículo investigado, isto é, o modo pelo qual a conduta de discentes vinculados a esse currículo, se encontra implicada de maneira mais ou menos marcada pelo exercício do poder. Esse raciocínio me conduziu a um exercício de problematização da governamentalidade no currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca) a partir das temáticas do biopoder (bem como da biopolítica) e do poder pastoral<sup>18</sup>. Tomei essas diferentes modalidades de poder<sup>19</sup> como categorias/chaves analíticas e descritivas do poder tal como ele se manifesta através de seus efeitos no currículo. A ideia foi mostrar (por documentos e falas discentes) as diferentes modulações de poder que estão envolvidos na produção de sujeitos no currículo investigado.

Para realizar esse exercício (analítico-descritivo) se fez necessário um olhar minucioso sobre o currículo investigado, sobre os discursos em disputa, para então compreender as relações de poder que se estabelecem, compreender aquilo que emerge dessas relações, o que (e como) elas são capazes de acionar através dos discursos em jogo, a produção de sentidos e sujeitos que sobressai desse processo. Esse exercício analítico foi realizado mediante o emprego da análise discursiva de inspiração foucaultiana. A escolha dessa técnica/ferramenta se deu pelo fato de a mesma permitir realizar uma descrição analítica (PARAÍSO, 2014) dos discursos, colocando em cena as maquinações pelas quais o/a profissional médico/a é fabricado/a como tipo particular de sujeito por meio de um currículo médico fundamentado pelas MAs. É com base nessas ideias que o percurso metodológico de minha pesquisa é delineado no subtópico a seguir.

### **1.1 Apontando (des)caminhos metodológicos para investigação de um currículo de Medicina fundamentado nas MAs**

---

<sup>18</sup> Esse exercício, assim como as noções de biopoder e de poder pastoral serão apresentadas, de modo respectivo, nos Capítulos 4 e 5 desta tese.

<sup>19</sup> Compreendo essas distintas categorias/tipologias de poder como modos conjuntos de funcionamento do “poder-saber”, ou do governo, “tendo, é verdade, focos, pontos de aplicação, finalidade e móveis específicos” (FONTANA; BERTANI, 1999, p. 330), e que devem ser analisados em sua “positividade” e “produtividade”.

Ao investigar um currículo de medicina fundamentado nas MAs, bem como a produção de sujeitos engendrados nesse currículo, minha pesquisa insere-se na perspectiva teórico-metodológica pós-crítica de estudos curriculares. Essa perspectiva é caracterizada pelo questionamento feito ao “conhecimento (e seus efeitos de verdade e de poder), ao sujeito (e aos diferentes modos e processos de subjetivação), aos textos educacionais (e as diferentes práticas que estes produzem e instituem)” (PARAÍSO, 2004, p. 287). Tendo por base essa postura problematizadora, busquei desenvolver a pesquisa aqui mencionada objetivando construir modos diferentes de analisar “verdades educacionais” acionadas pelo currículo a ser investigado.

Partindo dessa insatisfação com as “verdades” disponibilizadas por esse currículo sobre a formação médica e sobre o que é ser médico/a, e da necessidade de problematização que é demandada por essa inquietação, busco nesse momento traçar o caminho metodológico que me conduziu no processo investigativo. Vale salientar que, o “traçar um caminho” é entendido nesse trabalho como uma “invenção”, uma vez que,

o método não é algo que paira no mundo e ao qual o pesquisador ou a pesquisadora deve se adequar a fim de ‘encontrar’ os resultados que busca. Os métodos e os resultados não estão postos num mundo preexistente, adjacente ou paralelo às teorizações, esperando pelas melhores aplicações que os possam tornar evidentes (SANTOS, 2005, p.20).

Assim, “traçar” não se tratou de uma questão de escolher qual metodologia usar, mas de “fabricá-la”, tal como recomendado por Freitas (2014). Esse foi um exercício que encarei como um desafio, uma vez que ao me aproximar da perspectiva pós-crítica, me inseri em um campo teórico onde “nenhuma metodologia é especialmente recomendada com segurança, embora nenhuma possa ser eliminada antecipadamente” (PARAÍSO, 2004, p. 55). Diante de tal desafio, busquei inspiração em trabalhos que discutem procedimentos metodológicos de pesquisa pós-crítica em educação, tais como Bujes (2002), que ao acercar-se do pensamento foucaultiano, buscou entender o percurso metodológico traçado em um trabalho de investigação como um “descaminho”. O uso desse termo, no presente trabalho, não significou descrever esse percurso como

“[...] contrafações de caminhos conhecidos, nem para mostrar que por trás de toda atividade científica existe uma ‘ossatura lógica’ que pode ser deduzida e, uma vez descoberta, servir como uma senda

iluminadora para nos conduzir mais propriamente à obtenção da ‘verdade’” (BUJES, 2002, p. 12)

Partindo desse pressuposto, me debrucei sobre a necessidade de construir um “descaminho” em meu trabalho de investigação para “desidealização” de um currículo de medicina fundamentado pelas MAs e dos seus vários modos de significar o/a discente e o/a futuro/a profissional médico/a, constituídos na confluência e na disputa de múltiplas posições de sujeitos. Para tanto, procurei não fixar um caminho a ser percorrido durante a minha pesquisa, mas sim, traçar possibilidades de caminhos, tal como realizado por Maknamara (2011), Reis (2011), Freitas (2014), Ribeiro (2013), e Caldeira (2016).

Esses/as pesquisadores/as, ao desenvolver seus trabalhos de investigação pós-crítica em educação, fizeram da metodologia uma “bricolagem” (NELSON; TREICHLER; GROSSBERG, 2003). Optei pelo uso dessa técnica em minha pesquisa e propus combinar<sup>20</sup>, a partir dela, procedimentos etnográficos e de análise do discurso – de inspiração foucaultiana - para a produção e análise de informações, os quais serão detalhados na sequência deste texto.

*Encontrar, produzir, juntar e analisar: fazendo uma bricolagem de procedimentos e de elementos de pesquisa*

Como indicado por Paraíso (2014, p. 33) “precisamos encontrar, coletar e juntar informações disponíveis sobre nosso objeto”, e para tanto, a forma escolhida nessa proposta de trabalho foi fazendo “bricolagem”, utilizando procedimentos da pesquisa etnográfica e elementos da análise do discurso. Temos aqui uma mistura de métodos onde,

[...] o processo metodológico é o de alquimia mesmo, resultando daí uma bricolagem diferenciada, estratégica e subvertedora das misturas homogêneas típicas da Modernidade – alquimia que rompe com as orientações metodológicas formalizadas na e pela academia (particularmente, nos cursos de pós-graduação), cuja direção costuma ser a das abordagens classificatórias, [...] em que cada método vem apresentado em estado puro (CORAZZA, 2002, p.121).

---

<sup>20</sup> A partir da ideia de bricolagem empregada nesse trabalho, entendo essa combinação como uma articulação inventiva (e não meramente um agregar/acoplar) de procedimentos para traçar um caminho possível a ser percorrido na investigação.

Esse modo de operacionalizar uma investigação vem sendo utilizado no campo educacional em estudos pós-críticos para fazer articulação entre várias metodologias. A bricolagem “traz a ideia de técnicas improvisadas, adaptadas às circunstâncias” (KASPER, 2006, p. 126), o que é compreensível, uma vez que “não temos uma única teoria a subsidiar nossos trabalhos e porque não temos um método a adotar” (PARAÍSO, 2014, p. 33). Todavia, não ter um método pré-definido a adotar não significa não ter rigor ao investigar.

Pelo contrário, o fato de não ter um método fixo me remeteu à necessidade de mais atenção e cuidado no sentido de não promover “casamentos inconciliáveis” entre métodos diferentes<sup>21</sup>, tal como recomendado por Louro (1997). E também, não acreditar que “os estudos que articulam vários campos dão conta, necessariamente, da totalidade dos significados possíveis para um tal ou qual tema, situação, circunstância ou questão” (WORTMANN, 2005, p.65).

Sobre isso, Paraíso (2014) nos orienta que o uso da bricolagem em nossas pesquisas não permite “a totalização, nem a integração”, pois a mesma resulta na “junção de diferentes”; “na junção de coisas, procedimentos e materiais díspares”; “uma composição feita de heterogêneos” (PARAÍSO, 2014, p.34). Nesse processo, opera-se com um “recorte e colagem”, uma vez que um conceito ou procedimento é retirado de um campo e inserido em outro. Ademais, aquilo que é cortado sob essa perspectiva da bricolagem “vem para nossas pesquisas de modo ressignificado pelo efeito da colagem” (PARAÍSO, 2014, p. 34).

Norteados por essas orientações, percebi que ao fazer a demarcação de alguns passos metodológicos da pesquisa, tais como o tipo de abordagem e o método ou procedimentos a serem adotados, precisava adequá-los à questão de investigação e ao referencial teórico da pesquisa. Isso foi feito mediante o “borramento das fronteiras” dos campos dos quais esse método ou esses procedimentos derivam, o que significa “desmanchar sem deixar de lado as atividades que são necessárias para a realização da pesquisa” (CALDEIRA, 2006, p. 65). No caso de uma investigação fundamentada nas teorias pós-críticas que faz o uso da etnografia, esse “borramento” significa estabelecer pontos de contato entre esses dois campos. O intuito é evidenciar “os aspectos em

---

<sup>21</sup> Isso me fez pensar, tal como ocorreu com Caldeira (2016), em como conciliar a etnografia utilizada em estudos educacionais, e que tem forte vinculação com o estruturalismo, com a análise do discurso inspirado nos trabalhos de Michel Foucault, um autor que declarou ser “anti-estruturalista” (FOUCAULT, 2007, p. 5). A leitura de trabalhos de pesquisas pós-críticas em educação e currículo já realizados – tais como Maknamara (2011), Reis (2011), Freitas (2014), Ribeiro (2013), e Caldeira (2016) - me orientou quanto ao uso da “bricolagem” para realizar essa união.

comum, aqueles que podem ser recortados e colados na investigação [...] e aqueles que precisam ser apagados, desconsiderados e não utilizados” (CALDEIRA, 2016, p. 65).

Iniciei esse exercício fazendo uma (re)leitura do próprio tipo de abordagem adotado, que no caso específico dessa investigação é de caráter qualitativa. Segundo Denzin e Lincoln (2006), em uma perspectiva pós-crítica esse tipo de abordagem não necessariamente está relacionada a uma pesquisa que enfatiza “qualidades, processos e significados”. A abordagem qualitativa tampouco estaria comprometida somente com um “processo de análise e reflexão em profundidade” do objeto pesquisado (OLIVEIRA, 2005). Em uma pesquisa pós-crítica, esse processo de análise e reflexão é também considerado de construção, de criação do próprio objeto pesquisado (GAMSON, 2006).

Corroborando com esse pensamento, Veiga-Neto (2007) afirma que o “[...] que dizemos sobre as coisas nem são as próprias coisas (como imagina o pensamento mágico), nem são uma representação das coisas (como imagina o pensamento moderno); ao falarmos sobre as coisas, nós a constituímos” (p.31). Desse modo, quando delinheiro (des)caminhos metodológicos para investigar os tipos de sujeitos produzidos nos discursos que disputam verdades em um currículo médico, estou me inserindo nesse campo de disputa. Assim, compreendo que minha fala também é posicionada em um campo de relações de poder e de produção de sujeitos específicos.

Dando seguimento ao exercício de “borramento das fronteiras”, ao recortar procedimentos da etnografia e colá-los nessa pesquisa, busco ressignificar tais procedimentos. Para realização desse exercício me inspirei em trabalhos de pesquisas pós-críticas em educação e currículo já realizados e que utilizam a etnografia, tais como: Reis (2011); Ribeiro (2013); Klein e Damico (2014) e Caldeira (2016).

De modo distinto da etnografia clássica (de abordagem estruturalista) - onde a presença do/a pesquisador/a em campo é marcada por um estranhamento, e sua participação no contexto de pesquisa não pode ser compreendida como um fazer parte do grupo -, a etnografia pós-moderna considera a presença do/a pesquisador/a na história e no contexto pesquisado, com base na “autorreflexividade”. Isso significa a possibilidade de “autorrefletir sobre o relacionamento entre o/a pesquisador/a e o que está sendo pesquisado, dando ênfase aos nossos sentimentos, incômodos e prazeres ao longo da investigação” (KLEIN; DAMICO, 2014, p. 70). Essa atitude permite que possamos, enquanto pesquisadores/as ou narradores/as, “produzir evocação” (utilizando

recordações de elementos da própria memória) em vez de descrição de uma suposta realidade (KLEIN; DAMICO, 2014). Nesse sentido,

em vez de tentar convencer o leitor da verdade dos relatos, apelando para formas textuais em que a autoridade acadêmica se torne o critério de fidedignidade do texto, os etnógrafos pós-modernos tentam promover uma compreensão mediante reconhecimento, identificação, experiências pessoais, emoção, discernimento e formas de comunicação que comprometem o/a leitor/a com planos outros que unicamente o racional (KLEIN; DAMICO, 2014, p. 70).

Buscando acercar-me a essas estratégias, afastei-me do modo clássico de entender o fazer etnográfico, que o caracteriza como “um tipo de conhecimento que reflete a realidade como espelho” (JORDÃO, 2004, p. 44). Nesse momento me aproximo de uma abordagem construcionista da etnografia, no sentido de que tanto o que é visto quanto o que é dito com e pela etnografia é constituído linguisticamente<sup>22</sup>. A partir desse enfoque é possível compreender que “a linguagem não faz a mediação entre o que vemos e o pensamento – ela constitui o próprio pensamento” (KLEIN; DAMICO, 2014, p. 69). Assim, “quando alguém ou algo é descrito, explicado, em uma narrativa ou discurso, temos a linguagem produzindo uma ‘realidade’, instituindo algo como existente de tal ou qual forma” (COSTA, 2000, p. 77).

Desse modo, ao investigar um currículo de medicina fundamentado pelas MAs, não me interessei pela busca da estrutura e tampouco procurei uma homogeneidade nos modos de ver uma determinada situação. O que busquei foi mapear, registrar e colocar em relação e em disputa os múltiplos significados ali produzidos, tal como realizado por Caldeira (2016). Em seu trabalho de pesquisa, essa autora fez uso da etnografia e procurou a partir desse método “não interpretar, não buscar o significado comum, mas sim mapear os significados produzidos, localizá-los em campos discursivos, mostrar suas estratégias e os conflitos e disputas que eles instauravam” (p. 69). Ou ainda, como apontado por Geertz (1989), em um trabalho etnográfico não se deve procurar a

---

<sup>22</sup> Ao compreender que o material empírico a ser observado em campo é não apenas representado, mas constituído linguisticamente, me aproximo de uma abordagem socioconstrucionista do discurso, a qual considera “o significado que atribuímos às coisas, às pessoas e a nós mesmos como fabricações sociais” (LOPES; FABRICIO, 2002, p. 16). Vale ressaltar que, dentro dessa perspectiva, que enfatiza - desde um ângulo não-essencialista - a natureza construtiva, social, dialógica e situada do discurso e das identidades, busco me aproximar das discussões e contribuições feitas por Michel Foucault, na medida em que esse autor formulou as noções de discurso, poder, saber e sujeito como eixos imbricados, configuradores de redes de significação e regimes de verdades.

explicação dos fatos, mas sim, observar e descrever o significado social produzido sobre esses fatos.

Orientado por essas ideias, pude compreender, assim como fez Reis (2011) em seu trabalho etnográfico, que as informações produzidas em campo “não são dados possíveis de serem explicados, mas são significados produzidos no contexto de pesquisa, que podem ser lidos e construídos de diferentes formas” (p. 40). Desse modo, quando analisei as relações que se estabelecem no currículo investigado, adotei esse procedimento. Busquei considerar, portanto, que “não estou apresentando a verdade a respeito daquele grupo, mas estou construindo uma narrativa dentre as muitas possíveis” (CALDEIRA, 2016, p. 70). Construí, assim, uma narrativa de como o/a discente e o/a futuro/a profissional médico/a pode ser concebido/a como “inscrito em um jogo de poder que manipula certas relações de forças e como tais relações são sustentadas, por sua vez, por tipos de saber, ao mesmo tempo em que os sustentam” (BUJES, 2002, p. 20).

Nesse sentido, é compreensível a afirmativa de que, ao etnografar, o/a pesquisador/a também se insere em um jogo de poder, pelo qual não descreve uma suposta realidade, mas sim o que ele/a faz enxergar a partir do campo no qual está inserido/a e faz ler quanto ao que escolhe falar. Sobre isso, Santos (2005) afirma que “toda descrição etnográfica é, sempre, a descrição de quem escreve e não a de quem é descrito” (p. 15). E para dar conta de etnografar dessa maneira, fiz uma delimitação do objeto investigado e um delineamento dos procedimentos adotados para coleta do material empírico e produção de dados. Essas informações serão apresentadas no subtópico a seguir.

#### *Delimitação do objeto e delineamento dos procedimentos da pesquisa*

Para realização do trabalho etnográfico, tomei como ponto de partida para delimitação do universo da pesquisa, as escolas médicas criadas nos termos da Portaria MEC/SESU nº 109, de 5/6/2012 (BRASIL, 2012). Tais escolas são orientadas a adotarem as MAs em suas propostas curriculares e voltar a atenção para atender as atuais demandas na formação de médicos no Brasil (BRASIL, 2014). O foco do estudo recaiu sobre o curso de graduação em Medicina do Campus de Arapiraca da UFAL. Sediado em Arapiraca, cidade localizada na região do Agreste Alagoano, esse curso foi iniciado no ano de 2015, após eu e outros/as colegas termos participado de sua

implantação. O trabalho de campo foi realizado no semestre 2019.1, quando de modo mais específico, investiguei o currículo desse curso em suas diferentes dimensões<sup>23</sup>, tentando compreender a produção de sujeitos que emergem da relação entre diferentes discursos acionados nesse currículo.

Além do fato de ter participado de seu processo de implantação e de sua primeira coordenação, a escolha desse currículo se deu pelo fato de o mesmo assumir formalmente proposições político-pedagógicas que disponibilizam e demandam conhecimentos, valores, habilidades e sensibilidades anunciadas como diferenciadas em relação a outros currículos na área médica. Ao adotar o posicionamento de romper com uma formação tradicional, esse currículo anuncia para si o objetivo de garantir uma “formação integral, humana, crítica e transformadora” (UFAL, 2017, p. 14), o que possibilitaria “fazer revelar” um tipo de profissional médico/a dito autônomo/a, humanista/a, crítico/a, reflexivo/a, ético/a e transformador/a<sup>24</sup> (BRASIL, 2014). Mas, ao propor formar um tipo de médico/a, esse currículo não apenas o anuncia: esse currículo de medicina “deseja” um tipo de sujeito específico.

Esse olhar sobre o currículo me fez refletir sobre os sujeitos da pesquisa, e ao levar em consideração as questões de “tempo para investigação” e “capacidade de análise”, decidi por incluir somente os/as discentes na observação em campo<sup>25</sup>, uma vez que estes estão sujeitos às relações de poder-saber presentes no currículo. Dito de outro modo, esses sujeitos são atravessados pelos discursos presentes nesse currículo, que os/as posicionam de modo bastante específico. Desse modo, defini como adequado considerar a categoria discente como sujeitos participantes da minha investigação.

Quanto aos procedimentos para coleta de material empírico, esses se resumiram nesse trabalho a: realização de sessões de grupo focal endereçados aos/as discentes do curso investigado; análise de documentos; e a análise do discurso das informações produzidas. Sobre o trabalho como grupo focal é válido apontar que esse procedimento “consiste em envolver um grupo de representantes de uma determinada população na discussão de um tema previamente fixado, sob controle de um moderador” (AMADO; FERREIRA, 2013, p. 225). O uso do grupo focal possibilita, portanto, captar uma

---

<sup>23</sup> Santos e Paraíso (1996) propõem que diferentes especificidades ou dimensões do currículo sejam abordadas nesse campo, tais como: o currículo oficial; o currículo formal; o currículo em ação e o currículo oculto.

<sup>24</sup> Tais proposições de sujeitos disponibilizadas por esse currículo serão mais bem detalhadas nos capítulos 3, 4, e 5 desta tese.

<sup>25</sup> Apesar de entender que os/as docentes do curso também são atravessados pelas relações de poder-saber e posicionados pelos discursos no currículo analisado, optei por incluir somente os discentes como sujeitos da pesquisa.

multiplicidade de perspectivas e de processos emocionais no interior desse grupo (AMADO; FERREIRA, 2013). Para Dal'igna (2014) o que caracteriza esse método é seu “caráter interativo”, “focalizando aqui mais a interação do grupo e menos a interação entre pessoas; portanto, a técnica exige que as informações se produzam na dinâmica interacional de um grupo de pessoas” (p. 205).

Para organização do grupo focal e consequente produção de informações por esse procedimento, segui alguns passos recomendados por Dal'igna (2014), a saber: definição de local de realização; composição e estruturação do grupo e planejamento dos encontros. Sobre o local para realização dos encontros, o mesmo foi definido junto a Coordenação do curso de graduação em medicina da UFAL, quando pactuamos como espaço adequado as salas de tutorias da própria instituição. Quanto à composição e estruturação do grupo, devo confessar que tive um pouco de dificuldade nesse passo. Primeiro, foi realizada uma tentativa de recrutamento dos participantes, que consistiu em um convite formal feito via e-mail aos/as discentes dos quatro períodos do curso<sup>26</sup>. Nesse momento, apenas cinco discentes (do segundo e quarto períodos) contestaram mostrando interesse em participar da pesquisa, muitos/as justificaram a não-adesão pela alta carga horária de estudos e consequente falta de tempo durante a semana para outras atividades.

Visto a não-representatividade dos quatro períodos do curso e um número reduzido de sujeitos, tomei a iniciativa ir até os/as discentes em sala de aula para expor a minha proposta de investigação e a necessidade de escuta-los/as como sujeitos da pesquisa. Após essa iniciativa, obtive a adesão de mais dez discentes, totalizando 15 participantes da pesquisa que representaram os quatro períodos do curso: quatro discentes do segundo período, três do quarto, quatro do sexto e quatro do oitavo período. No recrutamento, foi solicitada indicação de local e horário de preferência para as sessões grupais àqueles que apontaram interesse e disponibilidade de participar da pesquisa. Com base nessas informações, foram estruturados dois grupos – tomei o cuidado para que a composição de cada grupo focal não fosse organizada em demasia nem excessivamente pequeno e contasse com representantes de todos os períodos do curso -, realizados em dois momentos diferentes da semana.

---

<sup>26</sup> No semestre de 2019.1 (quando realizada a pesquisa de campo) o curso era composto por quatro turmas (cada uma composta por trinta discentes) que correspondem a períodos de integralização do curso: uma turma do segundo período; uma do quarto; uma do sexto e outra do oitavo período.

As sessões grupais foram operacionalizadas a partir de um planejamento prévio dos encontros onde foi definido como adequado à realização de quatro sessões semanais (realizadas nos meses de maio e junho de 2019) com previsão de até 90 minutos cada. Objetivando realizar uma discussão focada e obter informações relevantes para a pesquisa, elaborei um roteiro para os debates<sup>27</sup>. O mesmo assegurou o diálogo entre os envolvidos e fez com que a palavra não permanecesse apenas comigo (realizei a função de moderador dos encontros).

No roteiro foram considerados: tópicos abordados, objetivos (definidos em acordo com meus interesses na pesquisa) e estratégias de condução visando a estimular a discussão. Utilizou-se como instrumentos para registro detalhado de informações o gravador de áudio (previamente autorizado pelos/as discentes) e um diário de campo no qual foram apontados reflexões e questionamentos que surgiram antes, durante e depois de cada encontro do grupo focal. Essas anotações foram importantes no resgate de lembranças que ajudaram no momento da transcrição dos diálogos registrados.

A análise do material produzido a partir do uso dessa técnica ocorreu a partir desses diálogos sobre temas previamente determinados – de modo geral referiram à formação médica e o uso das MAs -, e não necessariamente sobre falas isoladas (como ocorre com o uso de entrevistas). Sobre esses diálogos produzidos no grupo, eles estimularam “tanto as ideias consensuais quanto as contrárias” (DAL’IGNA, 2014, p. 206). Ao final, foi possível obter informações não apenas acerca do que os/as discentes pensam sobre sua formação, mas também em relação ao que sentem e como agem nesse processo formativo.

Visto existir uma relação anterior ao vínculo produzido pela pesquisa entre pesquisador e sujeitos pesquisados, foi realizada uma discussão sobre essa relação no primeiro encontro do grupo focal, tal como recomendado por Dal’igna (2012). Somente após essa discussão foi firmada a responsabilidade ética com os sujeitos da pesquisa pelo consentimento formal<sup>28</sup>, definido pelo Conselho Nacional de Saúde como a “anuência do sujeito da pesquisa e/ou seu representante legal, [...] formulada em termos de consentimento, autorizando sua participação voluntária na pesquisa” (BRASIL, 1996b, p. 2).

---

<sup>27</sup> O roteiro proposto para este trabalho é uma adaptação aos modelos descritos por Silva (2010) e Dal’igna (2012). Uma versão do mesmo está disponível no Apêndice 1 desta tese.

<sup>28</sup> A anuência de cada participante foi formalizada por meio de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cuja versão/modelo está disponibilizada no Apêndice 2 desta tese.

Somado a esses procedimentos, utilizei a observação de espaços arquitetônicos e a análise de documentos textuais (impressos e eletrônicos) como recursos para captura de componentes não verbais dos eventos e das práticas. Sobre os espaços arquitetônicos observados, os mesmos correspondem ao projeto arquitetônico do Complexo de Ciências Médicas (CCM) da UFAL, construído no período de 2016 à 2019 para atender as demandas de uma formação fundamentada pelas MAs. Quanto aos documentos, utilizei tanto aqueles descritos como oficiais norteadores do curso - tais como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Medicina e o Projeto Político do Curso (PPC) -, como também documentos formais - por exemplo, planos de curso e cadernos do/a professor/a.

Quando analisei estes documentos, considerei o fato de que os mesmos não são somente uma simples representação dos fatos, alguém os produziu visando algum objetivo (FLICK, 2009). Os documentos “devem ser vistos como uma forma de contextualização da informação. Em vez de usa-los como contêineres de informações, devem ser vistos e analisados como dispositivos comunicativos metodologicamente desenvolvidos na construção de versões sobre eventos” (FLICK, 2009, p. 234). Desse modo, tanto os discursos - que atravessam os diálogos discentes - captados no grupo focal, como a arquitetura e os documentos aqui mencionados, foram descritos e analisados neste trabalho como elementos constitutivos do dispositivo da medicina engajada presente no currículo de medicina da UFAL.

### *Realizando uma leitura monumental do material empírico*

A seleção e leitura de documentos, observação de espaços arquitetônicos e realização de grupo focal, são recursos/técnicas de um trabalho etnográfico adotados na presente pesquisa. Objetivaram constituir o material empírico para a problematização dos discursos ou práticas discursivas<sup>29</sup> das MAs no currículo investigado. Aqui é válido destacar que, o conceito de “discursos”, em si, já compreende uma dimensão da prática, na medida em que os interpreto não como

---

<sup>29</sup> Para Foucault (2005), o conceito de prática discursiva vincula-se diretamente a: “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou linguística, as condições de exercício da função enunciativa”. (p.136). De acordo com Veiga-Neto (2016), isso equivale a dizer que, uma prática discursiva é “todo conjunto de enunciados” que “moldam nossas maneiras de constituir o mundo, de compreendê-lo e de falar sobre ele” (p. 93), e exercer uma prática discursiva significa “falar segundo determinadas regras, e expor as relações que se dão dentro de um discurso” (FISCHER, 2001, p. 204).

um puro e simples entrecruzamento de coisas e palavras. [...] analisando discursos, vemos se desfazerem os laços aparentemente tão fortes das palavras e das coisas e separar um conjunto de regras próprias à prática discursiva [...]. Tarefa que consiste em não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (de elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam (FOUCAULT, 2005, p. 64).

Ao empregar o conceito de “discursos” para se referir a práticas de formação de objetos, Foucault (2005) nos disponibiliza uma ferramenta analítica. Nesse trabalho de investigação, o uso dessa ferramenta (do conceito de “discursos”) permitiu mostrar o conjunto de relações discursivas sob as quais se estabelecem a formação do/a profissional médico/a demandado pelo currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca). Sobre “relações discursivas”, é válido apontar que:

Estas relações são estabelecidas entre instituições, processos econômicos e sociais, formas de comportamento, sistemas de normas, técnicas, tipos de classificação, modos de caracterização; e essas relações não estão presentes no objeto; não são elas que são desenvolvidas quando se lhes faz a análise; elas não desenham a trama, a racionalidade imanente, essa nervura ideal que reaparece totalmente ou em parte quando o pensamos na verdade do seu conceito. Elas não definem sua constituição interna, do objeto mas o que lhe permite aparecer, justapor-se a outros objetos, situar-se em relação a elas, definir sua diferença, sua irredutibilidade e eventualmente sua heterogeneidade, enfim, de ser colocado em um campo de exterioridade (FOUCAULT, 2005, p. 59-60).

Isso me fez compreender que as relações discursivas não são, necessariamente, internas e tampouco externas aos discursos, mas que estão “de alguma maneira no limite dos discursos, caracterizando-os como práticas” (PECI, et al. 2006, p. 62). Desse modo, ao realizar o exercício de problematização dos discursos em minha pesquisa, não busquei avaliar supostos conteúdos dos documentos e das falas dos sujeitos investigados. Tampouco busquei nelas “uma essência original, remota, fundadora, tentando encontrar, nos não ditos dos discursos sob análise, um já dito ancestral e oculto” (VEIGA-NETO, 2016, p. 98).

Pelo contrário, para a análise do material empírico coletado em campo me inspirei nos trabalhos de Foucault (2007) sobre análise do discurso, uma vez que esse autor parte da convicção de que não existe o oculto ou a essência. Nesse sentido, estive

sempre atento à afirmativa de que “atrás das coisas há ‘algo inteiramente diferente’: não seu segredo essencial e sem data, mas o segredo que elas são sem essência, ou que sua essência foi construída peça por peça a partir de figuras que lhe eram estranhas (2007, p. 17-18)”.

Desse modo, em vez de “buscar o sentido profundo”, centrei meu interesse na “rede de relações que produziu a essência e fez com que ela parecesse natural”, tal como recomendado por Caldeira (2016, p. 74). Olhando desde o objeto de investigação desse trabalho, isso significa que meu interesse esteve na “rede de relações discursivas” que tornou possível pensar um currículo de medicina fundamentado nas MAs como sendo uma proposta “salvacionista”, capaz de revelar um/a profissional médico/a essencial, considerado/a ideal.

Esse exercício analítico se aproximou da ideia de leitura monumental, ou em outras palavras, problematização em torno dos regimes de verdade (VEIGA-NETO, 2016). Tomando como inspiração os trabalhos de Foucault sobre análise dos discursos, Veiga-Neto (2016) desenvolve esse pensamento, apontando que no campo pedagógico costuma-se simplificar e dividir o “mundo dos discursos” em dois blocos: de um lado o “bloco dos discursos admitidos/dominantes/do poder”; e de outro o “bloco dos discursos excluídos/dominados/da resistência”. Contudo, esse mesmo autor nos orienta que,

em vez de entender que existem tais blocos antagônicos e de se procurar contrapô-los, talvez seja mais interessante e produtivo, perguntar pelos processos que estabelecem uma verdade, pois é aí que se dão a arbitrariedade e a violência da exclusão, e não propriamente dentro de um discurso, numa proposição em si. Isso significa compreender um escrutínio e problematizar em torno dos regimes de verdade, e não propriamente dentro deles” (VEIGA-NETO, 2016, p. 103).

Por compartilhar desse pensamento, nas análises discursivas que realizei no presente trabalho, estive atento ao que Foucault (1999a) indica ao afirmar que “não existe um discurso do poder de um lado e, em face dele, um outro contraposto. Os discursos são elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força” (1999a, p. 96). Isso me levou a compreender que “podem existir discursos diferentes e mesmo contraditórios dentro de uma mesma estratégia; podem, ao contrário, circular sem mudar de forma entre estratégias opostas” (FOUCAULT, 1999a, p. 97). Por tal motivo foi proposto - na presente análise - suspender as “continuidades, acolhendo cada

momento do discurso e tratando-o no jogo de relações em que está imerso” (FISCHER, 2001, p. 221).

De modo sintético, o que propus foi “analisar o *dictum* como um monumento e não como um documento” (VEIGA-NETO, 2016, p. 104), na medida em que,

a leitura (ou escuta) do enunciado é feita pela exterioridade do texto, sem entrar propriamente na lógica interna que comanda a ordem dos enunciados. O que mais importa é estabelecer as relações entre os enunciados e o que eles descrevem, para, a partir daí, compreender a que poder(es) atendem tais enunciados, qual/quais poder(es) os enunciados ativam e colocam em circulação (VEIGA-NETO, 2016, p. 104).

Com base nesses apontamentos, é possível afirmar que o interesse no presente exercício analítico foi realizar uma análise dos discursos - presentes no currículo de medicina fundamentado pelas MAs -, a partir do “volume e externalidade” (leitura monumental) dos mesmos e não em suas “linearidades e internalidades” (leitura documental), tal como descrito por Veiga-Neto (2016) e proposto por Foucault (1993b). Dito de outro modo, o que importou ao analisar os discursos presente em um currículo específico foi “lê-los no jogo de sua instância” (FOUCAULT, 2005, p. 28), pois “o que nos interessa descobrir já está lá; basta saber ler” (VEIGA-NETO, 2016, p. 104). Esse exercício foi ao mesmo tempo “mais fácil e mais difícil”,

Mais fácil, porque não envolve todo um conjunto de operações linguísticas e analíticas que as demais análises do discurso exigem. Mais difícil porque é preciso se “ater ao que efetivamente é dito, apenas à inscrição do que é dito” (DELEUZE, 1991, p. 26), sem imaginar o que poderia estar contido nas lacunas e silêncios (VEIGA-NETO, 2016, p. 99).

Ao analisar o material coletado em campo, optei por fazer esse tipo de leitura, e também busquei exaustivamente pelos fragmentos enunciativos<sup>30</sup> (às vezes esquecidos, às vezes quase imperceptíveis) dos discursos que disputam verdades no currículo investigado. Seguindo o pressuposto foucaultiano de que “os enunciados de um discurso são raros”, Maknamara (2011) afirma ser necessário “descrever suas múltiplas

---

<sup>30</sup> Um enunciado consiste em “um tipo muito especial de um ato discursivo” (VEIGA-NETO, 2016, p. 94) que possui uma “função de existência a qual se exerce sobre unidades como frases, proposições ou atos de linguagem” (FISCHER, 2001, p. 201), não constituindo, em si, uma unidade. Para Foucault (2005) o enunciado é “sempre um acontecimento que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente” (p.32); trata-se, portanto, de uma “função que cruza um domínio de estruturas e unidade possíveis e que faz com que estas apareçam, como conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (p. 39).

possibilidades em termos de coisas ditas e, especialmente, em termos de seus efeitos na produção de posições de sujeito” (2011, p. 63).

Tanto a leitura monumental quanto a busca pelos enunciados são procedimentos da análise do discurso oriundos do pensamento de Foucault que coloquei em prática nesta pesquisa. Segundo Maknamara (2011), operar com esse tipo de análise implica,

estar atento a como determinados discursos vão se configurando em meio a relações de poder; significa, também, questionar sobre as condições de possibilidade e as regularidades a partir das quais determinados discursos concorrem para o exercício do poder e a produção de posições de sujeito (MAKNAMARA, 2011, p. 63).

Nessa mesma linha de raciocínio, Paraíso (2014) afirma que realizar a análise do discurso significa “mostrar as regras de aparecimento de um discurso” (p. 38). Ou ainda, como apontado por Foucault (2015), significa “[...] determinar as condições de sua existência, de fixar da maneira mais justa os seus limites, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados aos quais ele pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação ele exclui” (p. 97). Desse modo, o uso dos procedimentos aqui destacados foi fundamental para descrever analiticamente (PARAÍSO, 2014) os discursos e mostrar o que eles fazem e produzem a partir de um currículo de medicina fundamentado pelas MAs. Para tanto, os discursos foram analisados aqui como envoltos em relações de saber-poder e como produtores de significados, de práticas, de sujeitos, de identidades e de diferenças.

Como proposto por Veiga-Neto (2016) os discursos foram analisados em sua “positividade”, isto é, “naquilo que eles são capazes de produzir, em termos de efeitos” (VEIGA-NETO, 2016, p. 65). Ao interpretar os discursos como práticas que nos constituem como sujeitos de determinados tipos, Foucault (2005) alerta que, certamente, “os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse mais que os tornam irreduzíveis à língua e ao ato da fala” (p. 56). Como proposto por Foucault, foi exatamente esse “mais” que procurei fazer aparecer e que busquei descrever em minha análise.

Vale reiterar ainda que os discursos que atravessam tanto os documentos, como os diálogos e espaços observados foram compreendidos como parte de “um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder, e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta” (FOUCAULT, 1993a, p. 92). Desse modo, estive atento em minha

análise tanto ao que é produzido a partir dos discursos que concorrem para a produção de sujeitos nesse currículo, como aos possíveis escapes a esses posicionamentos. Quero enfatizar com essa ressalva que estive a todo momento da pesquisa consciente dessa possibilidade de escapes/resistências, contudo, a análise dos dados produzidos a partir do material empírico coletado não deu margens para que eu realizasse essa afirmativa.

Diante de todas essas considerações de cunho teórico-metodológico e visando sustentar a Tese aqui defendida - de que *o currículo médico da UFAL funciona segundo uma gestão governamental, ou uma governamentalidade, que tem no/a egresso/a de medicina seu alvo principal e no dispositivo da medicina engajada seu mecanismo essencial* – o presente texto segue dividido em mais quatro capítulos, para além deste primeiro: **O Capítulo 2** contextualiza a emergência das MAs na educação médica, sendo as mesmas apresentadas como uma possibilidade para a formação em medicina. **O Capítulo 3** apresenta como um currículo é significado pelas teorias pós-críticas, e a partir desse modo específico de interpretação, problematizo os discursos que se sobressaem no currículo oficial médico da UFAL que está baseado no uso das MAs. É nesse capítulo onde mostro como os conceitos de poder, saber e discurso são acionados na dinâmica de um currículo. **O Capítulo 4** analisa o biopoder acionado pelo dispositivo da medicina engajada para normalização das condutas de discentes do curso de medicina da UFAL. **O Capítulo 5** consiste numa análise do poder pastoral e das técnicas de si acionadas pelo dispositivo da medicina engajada para efetivação do autogoverno discente do curso aqui investigado. Por último, apresento as **considerações finais da tese**, onde trato de sintetizar o que é apreensível da presente pesquisa; e também disponibilizo as **referências bibliográficas** utilizadas na confecção deste texto e os **apêndices da tese**.

## CAPÍTULO 2

### **Metodologias Ativas (MAs) como uma possibilidade para a formação médica**

Nos últimos sessenta anos, a educação médica encontra-se sob crítica recorrente em todo o mundo. No Brasil, especialmente nas últimas duas décadas, tornou-se objeto privilegiado de análise e debates pelos/as profissionais da área e pela sociedade em geral. Segundo Nogueira (2009, p. 02) “existe, de certa forma, um consenso quanto à necessidade de reformulação de determinados aspectos da formação médica com vistas a uma satisfação das demandas assistenciais em saúde atuais”.

Frente a essa perspectiva, muitos programas (a exemplo do Programa de Incentivo às Mudanças nos Cursos de Medicina – Promed) e pesquisas – como, por exemplo, Araújo e Sastre (2009), Decker e Bouhuijs (2009); Vila e Vila (2007); Carabetta Júnior (2016); Farias (2015), Mitre et al. (2008), Nunes e Nunes (2005), Nogueira (2009), Penaforte (2001) e Silva et al. (2015) – têm apontado como aspecto para o alcance dessa demanda, uma formação que incorpore metodologias ativas (MAs) no processo ensino e aprendizagem de estudantes da saúde, e em específico, da medicina. Essas pesquisas têm reiterado o discurso das MAs como prática ideal para formação de um profissional mais adequado ao ato médico e às práticas de saúde, tal como requerido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de medicina (Brasil, 2014).

**O objetivo deste capítulo** é evidenciar como as MAs vêm sendo discutidas no campo da educação médica no Brasil. Os debates e discursos que envolvem as MAs – apontados muitas vezes pelos/as autores/as aqui citados/as como uma possibilidade e até como necessidade para a formação médica –, somados ao aumento do número de escolas médicas que fundamentam seus currículos nas MAs, nos últimos vinte anos no Brasil, me inspiraram a contextualizar a emergência das MAs na educação médica do Brasil. Esse exercício é aqui realizado mediante uma revisão/levantamento bibliográfico que conectou os temas educação médica<sup>31</sup> e as MAs. Para tanto, privilegiei produções

---

<sup>31</sup> Nas produções selecionadas para esse levantamento foi possível encontrar tanto o termo educação como ensino para indicar o processo de ensino e aprendizagem em medicina. Todavia os/as autores/as parecem não demonstrar preocupação em referenciar um ou outro termo, fazendo o uso dos mesmos de forma abusiva. Nesse capítulo optei pelo uso do termo educação, uma vez que ao reduzir educação a ensino poderia estar abdicando de reflexões profundas e complexas em torno de questões sociais, epistemológicas e políticas que envolvem as práticas educativas e os currículos, tal como sugerido por Oliveira et al. (2012).

da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED) e da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM).

O presente capítulo encontra-se dividido em três tópicos além desta introdução. O tópico primeiro apresenta uma breve contextualização da emergência das MAs na educação médica do Brasil, com um olhar sobre a teoria desses métodos ditos ativos; o segundo explicita o percurso metodológico usado na pesquisa/levantamento (que nesse caso é de cunho bibliográfico); no terceiro tópico são analisados os resultados e apontadas algumas considerações acerca do levantamento bibliográfico.

## **2.1 Uma possibilidade para a formação médica**

Nas últimas duas décadas as discussões no campo da educação médica no Brasil têm enfatizado questões como proposta curricular e modelo pedagógico. Nunes e Nunes (2005) afirmam que isso vem ocorrendo em virtude de a educação hoje exigir postura aberta a mudanças e revisão de paradigmas. A adoção desse tipo de postura é justificada pelos/as pesquisadores/as da área, pela necessidade de superar um modelo tradicional de ensino, fundamentado principalmente no paradigma flexneriano. Vale lembrar que esse paradigma (orientador da reforma universitária de 1968) foi responsável por focar o aprendizado na transmissão do conhecimento pelo/a professor/a e tornar obrigatório o ensino centrado no hospital, oficializar a separação entre ciclo básico e profissional, imprimir características mecanicistas, biologicistas e individualizantes ao ensino médico (NOGUEIRA, 2009). Como observam Pagliosa e Da Ros (2008):

Mesmo que consideremos muito importantes suas contribuições para a educação médica, a ênfase no modelo biomédico, centrado na doença e no hospital, conduziu os programas educacionais médicos a uma visão reducionista. Ao adotar o modelo de saúde-doença unicausal, biologicista, a proposta de Flexner reserva pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão do amplo espectro da saúde, que vai muito além da medicina e seus médicos (p. 496).

Objetivando superar essa fragmentação da formação médica, ganha cada vez mais destaque a enunciação sobre a necessidade de que a organização curricular e o conteúdo programático desenvolvido nas escolas médicas assumam uma proposta interdisciplinar. Tal proposta visa desvincular-se “de um currículo fechado e estanque, conteudista, biologicista, com pouca, ou nenhuma, relação entre as diferentes áreas do

conhecimento e ausente de uma visão unificada do corpo humano” (CARABETTA JÚNIOR, 2016, p. 114). Esse é um tipo de discurso que se justifica pela afirmativa de que hoje “o acúmulo de informações de nada vale se estiver isolado da capacidade de resolver novos problemas que surgem diariamente” (NUNES; NUNES, 2005, p. 180).

A esse discurso é acrescentada a orientação de que os objetivos educacionais desses currículos sejam definidos de acordo com a perspectiva do construtivismo,

[...] em que a aprendizagem passa a ser caracterizada como uma construção realizada pelo sujeito por meio das relações que estabelece entre as informações que lhe são apresentadas, entre elas com seus conhecimentos prévios e com seu meio social, o que implica uma nova realidade educacional com a ação do aluno para a criação de algo novo por meio do próprio fazer (CARABETTA JÚNIOR, 2016, p. 114).

Nesse contexto, as exigências são de um trabalho em que a aprendizagem seja ativa, isto é, “construída pelo aluno a partir de interações dialógicas com o professor, com os colegas e com os diferentes conteúdos” (CARABETTA JÚNIOR, 2016, p. 114). Observo com isso o deslocamento do foco da simples reprodução de conhecimentos para o desenvolvimento de competências e habilidades “que devem caminhar junto com a construção do conhecimento socialmente estabelecido” (CARABETTA JÚNIOR, 2016, p. 115). Ao buscar atender a essas recomendações, coloca-se em pauta nas discussões sobre educação médica no Brasil, a necessidade de reformulação curricular e do modelo pedagógico.

É válido salientar que as justificativas para esse processo de reformulação são recorrentes ao contexto da Reforma Sanitária no Brasil, um movimento sócio-político que se caracterizava por lutar contra a ditadura e contra a forma de atenção do complexo médico-industrial. Esse movimento contribuiu para a criação de um sistema público de saúde no Brasil, pautado numa concepção ampliada de saúde. Sobre a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua conexão com o processo de reformulação dos currículos médicos, Nogueira (2009) afirma que

O SUS foi implementado com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), escolhido pelo Ministério da Saúde como a estratégia inicial de reorientação do modelo assistencial. A expansão do PSF trouxe em seu bojo alguns desafios conceituais, como a necessidade de buscar uma prática clínica ampliada e integradora das dimensões biopsicossociais do adoecimento e capaz de promover o cuidado em saúde mediante o trabalho de uma equipe multidisciplinar. A partir daí, uma constatação se evidenciou: as faculdades de Medicina não

estão formando esse tipo de profissional. Assim, tornou-se imprescindível adotar medidas voltadas à formação e à capacitação desse profissional por meio da viabilização de mudanças na graduação que atendam aos interesses apontados por um novo modelo de atenção à saúde (NOGUEIRA, 2009, p. 264).

No decorrer das mudanças desencadeadas pelo SUS e no intuito de formar profissionais de acordo com seus princípios, em 2001, são estabelecidas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do curso de Graduação em Medicina (Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de Novembro de 2001); posteriormente, o Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed) e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) são, também, implantados com o objetivo de formar profissionais em um modelo de educação de acordo com a proposta do novo sistema público de atenção em saúde. O Promed, por exemplo, visava oferecer apoio técnico e financeiro às escolas médicas dispostas a desenvolver processos de mudança que levassem a “uma articulação com os serviços de saúde, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a uma formação crítica e humanista do profissional médico” (NOGUEIRA, 2009, p. 265).

Desse modo, tanto esses programas, quanto as próprias DCNs direcionam suas orientações para que os currículos médicos adotem “metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos” (BRASIL, 2001, p. 5). Logo, estará aí a justificativa pela necessidade de mudanças nos currículos de graduação médica e a sugestão de uso das MAs. Entretanto, nem todos os cursos de medicina no Brasil aderiram ao uso das MAs. As DCNs estabelecidas para os cursos de graduação médica em 2001 são reformuladas pela Resolução nº 03 de 20/06/2014 do Ministério da Educação que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a graduação em Medicina (BRASIL, 2014). Ao reafirmar objetivos semelhantes àqueles instituídos em 2001, essas novas DCNs parecem sinalizar que a proposta de 2001 não foi alcançada.

Sobre as novas DCNs, destaco aqui o Capítulo III da resolução que estabelece recomendações sobre os Conteúdos Curriculares e o Projeto Pedagógico do Curso (PPC) de Graduação em Medicina. No artigo 26, a resolução estabelece que o curso deverá ser “centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo, com vistas à formação integral e adequada do estudante” (BRASIL, 2014, p. 12). Ao buscar garantir essa postura na relação

professor/a-aluno/a, no artigo 29, item II e IV, orienta-se (assim como fora estabelecido nas DCNs em 2001) que o curso deve “utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do/a aluno/a na construção do conhecimento e na integração entre os conteúdos, assegurando a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão”. Por meio do uso de metodologias, ditas mais adequadas, o curso deve promover “a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular” (BRASIL, 2014, p. 12).

Essas novas DCNs indicam que as exigências a uma proposta curricular e a um modelo pedagógico devem ir além da simples ilustração (NOGUEIRA, 2009), requerendo dos atores envolvidos no processo educacional a capacidade criativo-pragmática. Em decorrência dessa constatação, tem-se buscado cada vez mais colocar em prática metodologias de ensino e aprendizagem com possibilidade de desenvolver nos/as alunos/as tais competências (NUNES; NUNES, 2005). Nesse contexto, muitas pesquisas (ALMEIDA, 1997; LIMA JÚNIOR, 2002; MORÉ; GORDAN, 2004; NUNES; NUNES 2005; MITRE, et al., 2008; GOMES, et. al., 2009; CEZAR, et. al., 2010; GOMES; REGO, 2011; e COSTA, 2016) têm defendido uma formação que incorpore MAs no processo ensino e aprendizagem de estudantes da medicina. Dito de outro modo, essas pesquisas têm reiterado o discurso das MAs como prática ideal para formação de um/a profissional supostamente mais adequado/a ao ato médico e às práticas de saúde, tal como requerido pelas DCN’s de medicina.

Os discursos em torno das MAs indicam que elas são caracterizadas como um processo em que os/as estudantes desenvolvem atividades as quais necessitam de reflexão de ideias e desenvolvimento da capacidade de usá-las (FARIAS, 2015). Ademais, é definido por esses discursos que para ser considerado bom método, ele deve ser:

Construtivista – se basear em aprendizagem significativa;  
Colaborativo – favorecer a construção do conhecimento em grupo;  
Interdisciplinar – proporcionar atividades integradas a outras disciplinas;  
Contextualizado – permitir que o educando entenda a aplicação deste conhecimento na realidade;  
Reflexivo – fortalecer os princípios da ética e de valores morais;  
Crítico – estimular o educando a buscar aprofundamento de modo a entender as limitações das informações que chegam até ele;  
Investigativo – despertar a curiosidade e a autonomia, possibilitando ao educando a oportunidade de aprender a aprender;  
Humanista – ser preocupado e integrado ao contexto social;  
Motivador – trabalhar e valorizar a emoção;

Desafiador – estimular o estudante a buscar soluções (FARIAS, 2015, p. 146).

Farias (2015) afirma existir uma infinidade de métodos ativos de educação, sendo comum, na educação médica, serem feitas referências a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP, do inglês *Problem Based Learning – PBL*) e a Problematização. De acordo com Nunes e Nunes (2005) essas MAs guardam estreita relação com os pressupostos filosófico-pedagógicos de John Dewey e Paulo Freire, respectivamente, pois, visam ao desenvolvimento de cidadãos/ãs conscientes das realidades vividas e participantes de mudanças/transformações baseadas em um senso crítico.

Dewey (1959), ao afirmar a necessidade de romper com a postura de mera transmissão de informações, na qual os/as estudantes assumem o papel de receptáculos passivos, preocupados/as apenas em memorizar conteúdos e recuperá-los quando solicitado — habitualmente, por ocasião de uma prova —, orienta-nos sobre a possibilidade da ascensão da ABP na educação médica. De fato, um dos aspectos cruciais da ABP é o processo educativo centrado no/a estudante, permitindo, supostamente, que este seja capaz de se tornar maduro, adquirindo graus crescentes de autonomia.

Quanto aos objetivos da ABP, esses foram definidos com ênfase no “desenvolvimento das habilidades do pensamento crítico, do entendimento, do aprender a aprender e do trabalho grupal e cooperativo” (DECKER; BOUHUIJS, 2009, p. 187). Segundo Putnam (2001), os objetivos educacionais da ABP direcionam os/as alunos/as para:

desenvolver uma abordagem sistemática para a solução de problemas da vida real utilizando habilidades mentais superiores, como aquelas relacionadas à resolução de problemas, ao pensamento crítico e à tomada de decisões; adquirir uma base ampla de conhecimentos integrados, que possam ser acessados e aplicados a diferentes situações; desenvolver habilidades para a aprendizagem autodirigida, identificando o que é preciso aprender, localizando e utilizando recursos apropriados, aplicando a nova informação/conhecimento na resolução de problemas [...]; desenvolver atitudes e habilidades necessárias para o trabalho efetivo em equipe [...]; adquirir o hábito permanente de abordar um problema com iniciativa e diligência, mantendo a propensão para aquisição dos novos conhecimentos e habilidades necessários para a sua resolução; desenvolver o hábito de autorreflexão e autoavaliação, que lhes permita considerar honestamente seus pontos fortes e suas fraquezas, bem como o estabelecimento de metas realísticas (PUTNAM, 2001, p. 7, tradução minha).

Seguindo esse mesmo entendimento, Araujo e Sastre (2009) afirmam que na ABP o/a aluno/a parte de problemas ou situações que objetivam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais, com forte motivação prática e estímulo cognitivo para evocar as reflexões necessárias à busca de adequadas escolhas e soluções criativas. Isso pode, segundo Penaforte (2001), estabelecer uma aproximação à proposta educativa formulada por John Dewey. Ademais, a ABP se inscreve, de acordo com Penaforte (2001), em uma perspectiva construtivista — relacionada, especialmente, aos referenciais da teoria piagetiana da equilibração e desequilibração cognitiva (PENAFORTE, 2001). Tal perspectiva considera que o conhecimento deve ser produzido a partir da interseção entre sujeito e mundo, como amplamente problematizado por teóricos como Paulo Freire (1987; 1999).

A perspectiva freireana sobre uma educação libertadora (FREIRE, 1987) serviu como fundamento, em específico, para a metodologia da problematização, a qual tem como meta “[...] a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão” (BERBEL, 1998, p. 7). Essa meta ao encontro às proposições de uma pedagogia crítica, que “[...] define educação como atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, possibilitando a transformação social” (VILA; VILA, 2007, p. 180).

A partir dessa assimilação, observo que os conceitos de conscientização, emancipação, transformação social, somados aos de autoconhecimento e autorreflexão (DECKER; BOUHUIJS, 2009), são tidos como essenciais na definição de metas/objetivos educacionais para dirigir o processo de ensino-aprendizagem na metodologia da problematização. Sobre esse processo, Nunes e Nunes (2005), ao trabalharem com o pensamento de Paulo Freire, propõem alguns passos para o aprendizado:

A partir da vivência real dos educandos, são identificados pelo educador os temas geradores (assuntos de grande interesse dos educandos em seu cotidiano) que, nesse primeiro momento, se encontram ainda não problematizados. Esses temas geradores são apresentados para os educandos que realizam um trabalho de problematização desses temas geradores, isto é, realizam uma

contextualização desses temas em suas vivências. A partir dessa problematização, busca-se fundamentação teórica na tentativa de entender os problemas levantados. Os alunos realizam, então, uma reflexão crítica, num processo dialógico entre educadores-educandos, realizado também em pequenos grupos, tentando identificar quais as causas histórico-sociais desse problema, e a partir dessa tomada de consciência propõem uma ação social para alcançar uma mudança da realidade (p. 181).

Esses passos estão intrinsecamente relacionados ao método do arco de Charles Maguerez<sup>32</sup> (BORDENAVE; PEREIRA, 2007), que segundo Berbel (1998) é a primeira referência para a metodologia da problematização. Em síntese, essa autora afirma que essa metodologia tem uma orientação geral como todo método, caminhando por etapas distintas e encadeadas a partir de um problema detectado na realidade, e estaria voltada para “preparar o estudante/ser humano para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo” (p. 144).

Essas discussões de cunho teórico sob as quais estão assentadas as MAs, em específico a ABP e a Problematização, orientem sobre o uso dessas metodologias como uma possibilidade e até mesmo como uma emergência na formação médica. Os discursos em jogo objetivam significar as MAs como um potencial para formar um/a profissional dito/a crítico/a, reflexivo/a, humanizado/a, ético/a e transformador/a, tal como demandado pelas DCNs de medicina (BRASIL, 2014). O desejo de observar como essa proposta vem se desenvolvendo nas escolas de medicina, me levou a realizar um levantamento bibliográfico, conectando educação médica e as MAs. O objetivo foi produzir um panorama de como se encontram as pesquisas sobre o uso das MAs na formação médica do Brasil, privilegiando produções da ANPED<sup>33</sup> e da RBEM para tanto. O primeiro passo para realização dessa tarefa foi demarcar um caminho metodológico<sup>34</sup> que pudesse me orientar na busca de informações, o qual será descrito no tópico a seguir.

---

<sup>32</sup> Bordenave e Pereira no livro “Estratégias de ensino-aprendizagem” lançado em 1988, apresentam um esquema que define o Método do Arco de Maguerez, onde constam cinco etapas que se desenvolvem a partir da realidade ou um recorte da realidade: Observação da realidade e identificação de problemas; pontos chave (onde somos levados a refletir sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo); teorização (busca de informação sobre o problema); hipóteses de solução para os problemas encontrados e aplicação à realidade (prática).

<sup>33</sup> A análise na ANPED não gerou resultados, uma vez que nenhuma produção envolvendo os temas pesquisados foi encontrada para o período investigado.

<sup>34</sup> Vale reiterar que a metodologia para realização do levantamento bibliográfico não foi definida no Capítulo 1 - quando descrevo as escolhas metodológicas da tese -, visto ser o levantamento uma particularidade do presente capítulo.

## **2.2 Buscar, selecionar, inferir e interpretar: apontando procedimentos da pesquisa**

O caminho metodológico percorrido para realização desse exercício – entendido aqui como um mapeamento sobre a produção científica de um tema específico – inspira-se nos critérios de uma pesquisa bibliográfica. De acordo com Gil (2002), esse tipo de pesquisa é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. A principal vantagem desse tipo de pesquisa, segundo esse autor, reside no fato de “permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente” (GIL, 2002, p. 45).

Foram buscadas produções textuais (trabalhos e pôsteres) nos GTs 04 (Didática) e 12 (Currículo) da 24<sup>a</sup> à 38<sup>a</sup> reunião anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação (ANPED), além das publicações dos volumes da Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM) no período de 2001 a 2017<sup>35</sup>. A busca e a seleção das produções nas referidas bases de dados foram inspiradas no trabalho de Bardin (1977), quando referencia três etapas para esse processo, sendo elas: a pré-análise; a exploração do material coletado; e o tratamento das informações obtidas, a inferência e a interpretação.

De acordo com essa autora, a pré-análise é o momento inicial da pesquisa, caracterizada pelo uso de palavras-chave para seleção de trabalhos (a serem submetidos à análise) que tenham como foco o tema pesquisado. Nessa fase, a identificação das produções foi feita com base nas seguintes palavras-chave presentes no título, resumo e corpo do texto: educação médica; metodologias ativas; Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou *Problem Based Learning (PBL)* e problematização.

Após esse procedimento, não foi encontrado nenhum trabalho nas reuniões da ANPED. Na RBEM, dos 994 artigos do período avaliado, 87 foram selecionados pelas palavras-chave, distribuídos entre todas as seções existentes na revista. Após essa seleção, foi realizada uma leitura flutuante (BARDIN, 1977) do texto completo, o que resultou na exclusão de 34 produções (apesar de terem as palavras-chave buscadas, não

---

<sup>35</sup> A definição desse período para realização do mapeamento não se deu de modo aleatório. O ano de 2001 foi marcado pela homologação via Conselho Nacional de Educação, das Diretrizes Curriculares do Ensino Médico, e também pelo lançamento do Programa de Incentivo às Mudanças nos Cursos de Medicina – o Promed. Ambos os acontecimentos são considerados um marco na transformação do ensino médico no Brasil.

abordavam as MAs na educação médica de forma direta). Ao final, o levantamento foi constituído por um corpus de 53 trabalhos. A tabela 01 mostra o total de produções apresentadas na RBEM no período investigado e as produções selecionadas de acordo com os interesses da pesquisa.

**Tabela 01** – Total de produções apresentadas por ano da RBEM no período pesquisado e as produções selecionadas segundo o interessa da pesquisa.

<b>Ano</b>	<b>Total de produções apresentadas</b>	<b>Total de produções selecionadas</b>
<b>2001</b>	37	4
<b>2002</b>	35	4
<b>2003</b>	35	3
<b>2004</b>	39	1
<b>2005</b>	32	3
<b>2006</b>	33	1
<b>2007</b>	36	1
<b>2008</b>	64	6
<b>2009</b>	90	2
<b>2010</b>	74	4
<b>2011</b>	72	7
<b>2012</b>	124	2
<b>2013</b>	70	2
<b>2014</b>	67	5
<b>2015</b>	73	2
<b>2016</b>	92	5
<b>2017</b>	21	1
<b>Total</b>	994	53

Fonte: dados da pesquisa, 2017, e elaboração própria.

Na segunda etapa, esses trabalhos selecionados foram lidos na íntegra, fichados e submetidos à categorização, isto é, “processo pelo qual os dados brutos são transformados e agregados em unidades que permitem uma descrição exata das características relevantes do conteúdo” (BARDIN, 1977, p. 103). Depois, foi realizado o tratamento dos resultados obtidos com base em inferências e interpretações, o que para Bardin (1977) constitui a terceira etapa de um estudo bibliográfico. Vale salientar que, para efeito de conceituação, a condução de todas as etapas mencionadas foi inspirada em elementos da análise de conteúdo com ênfase na modalidade de análise temática, que segundo Gerhardt et al. (2009), de um ponto de vista operacional, inicia-se pela leitura das falas.

Nesse procedimento, as falas presentes nas produções foram lidas, com destaque para os resultados que correspondem a afirmações sobre a conexão entre educação médica e o uso das MAs. A análise temática permite “descobrir os núcleos de sentido

que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifique alguma coisa para o objetivo analítico visado” (MINAYO, 2007, p. 316).

### **2.3 O que diz a literatura sobre o uso das MAs em educação médica no Brasil**

Depois da leitura na íntegra dos trabalhos selecionados na base de dados da RBEM, foi possível agrupá-los em quatro subtemas ou categorias: análise comparativa (trabalhos que focalizam comparação entre modelos curriculares fundamentados no método tradicional e nas MAs); avaliação da mudança curricular (trabalhos que focalizam o uso das MAs); avaliação do ensino e aprendizagem (trabalhos que focalizam desempenho discente com uso das MAs); e capacitação docente (trabalhos que focalizam capacitação docente no contexto das MAs). Na Tabela 02 é apresentado o demonstrativo de número de trabalhos por categoria.

**Tabela 2** – Demonstrativo do número de trabalhos por categorias.

<b>Categorias</b>	<b>Nº de trabalhos</b>
<b>Análise comparativa</b>	07
<b>Avaliação da mudança curricular.</b>	19
<b>Avaliação do ensino e aprendizagem</b>	18
<b>Desenvolvimento/capacitação docente</b>	09
<b>Total</b>	53

FONTE: Dados da pesquisa, 2017, e elaboração própria.

Como é possível observar na tabela, a maioria dos trabalhos (19 produções) estão voltados para avaliação do processo de implementação das MAs (mudança curricular), seguido da avaliação do ensino e aprendizagem baseado nessas MAs (18 trabalhos). Isso pode ser justificado pelo fato de o uso de MAs na educação médica ser uma experiência ainda recente no Brasil – temos pouco mais de vinte anos da implementação da primeira experiência do uso das MAs, realizada no curso de medicina da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) no ano de 1997. A seguir discuto cada uma das categorias apontadas na Tabela 02.

#### *Análise comparativa entre modelos curriculares*

Do total de produções selecionadas, 7 (13%) abordaram uma análise comparativa entre os modelos curriculares tradicional e o fundamentado nas MAs (ARAÚJO et al., 2001; LIMA JÚNIOR, 2002; LIMA, 2005; SOUZA; MENEZES, 2005; GOMES et al., 2009; PEIXOTO, 2011; e TENÓRIO et al., 2016).

Lima Júnior (2002) e Gomes et al. (2009) analisaram estudos que comparam o emprego do modelo educacional tradicional e do modelo fundamentado nas MAs na formação médica. Seus resultados indicaram, com base em uma reflexão de cunho teórico sobre a mudança de paradigma na educação médica, que o modelo tradicional não tem se mostrado eficaz para os novos desafios da educação médica. De modo contrário, o modelo fundamentado nas MAs é considerado eficaz e potente para atender a esses desafios, e dentre os métodos de ensino, a ABP ganha destaque. A análise de Gomes et al. (2009) sobre estudos que comparam o uso da ABP na formação médica com o currículo tradicional concluiu que a ABP é uma alternativa na implementação das DCNs de medicina.

Estudos empíricos (ARAÚJO et al., 2001; LIMA, 2005; PEIXOTO, 2011) também avaliaram diferenças no rendimento cognitivo sobre conteúdo específico e desempenho de habilidades e atitudes de alunos/as, segundo os modelos de currículos (o tradicional e o fundamentado nas MAs). Na investigação de Araújo et al. (2001) foram identificadas diferenças no aproveitamento cognitivo do conteúdo curricular de nefrologia, em dois grupos de alunos/as da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), inseridos em modelos curriculares diferentes. Baseado em testes de múltipla escolha, houve um aproveitamento médio inferior dos/as alunos/as inseridos/as em um currículo orientado pela ABP, quando comparados aos/as alunos/as inseridos/as em um modelo curricular tradicional.

Lima (2005) objetivou verificar se existem diferenças na habilidade de buscas de informações entre médicos/as graduados/as pela metodologia tradicional e ABP da FAMEMA. Nesse estudo, um questionário com perguntas fechadas sobre as experiências em uso de fontes de informação identificou que os/as graduandos/as em medicina pela metodologia ABP relatam maior facilidade no uso dos recursos informacionais em comparação àqueles/as que se graduaram pela metodologia tradicional. Peixoto (2011) comparou a atitude do/a estudante de medicina a respeito da relação médico/a-paciente de uma escola com currículo abalizado em métodos tradicionais com outra em ABP. A coleta de dados foi realizada com a aplicação da escala *Patient-Practitioner Orientation Scale* (PPOS). Atitudes mais centradas no/a

paciente foram encontradas em estudantes da escola com currículo fundamentado na ABP; já a deficiência de sensibilidade e empatia se mostrou mais presente em estudantes da escola com currículo baseado nos métodos tradicionais de ensino.

Os trabalhos mencionados mostram que o desempenho de determinadas habilidades e atitudes médicas se tornam mais presentes em alunos/as inseridos/as em um currículo orientado pelas MAs. A isso é somada a importância que os estudos teóricos atribuem às MAs, em específico à ABP, para a formação médica. Todavia, o estudo de Araújo et al., 2001 demonstrou um menor desempenho cognitivo em alunos/as inseridos/as em um currículo orientado pelas MAs. Parece ainda não haver um consenso em relação à efetividade no uso das MAs para a formação médica.

#### *Avaliação da mudança curricular fundamentada no uso das MAs*

Dos 53 trabalhos selecionados, 19 pesquisas (36%) avaliam o processo de implementação das MAs nos currículos médicos, nas visões docente e discente desse processo (FERREIRA FILHO et al., 2002; TURINI; ALMEIDA, 2002; WIERZCHON, 2002; MORÉ; GORDAN, 2004; BARROS; LOURENÇO, 2006; MORAES; MANZINI, 2006; CHAVES; GROSSEMAN, 2007; GOMES et al. 2008; VARGAS et al., 2008; AGUILAR-DA-SILVA, 2009; CEZAR, et al. 2010; COSTA et al., 2011; MEZZARIL, 2011; BRANDÃO et al., 2013; GOMES; REGO, 2014; MAIA, 2014; LUNA; BERNARDES, 2015; CLIQUET; RODRIGUES, 2016; SENA; COSTA, 2016).

Autores/as como Wierzchon (2002), Aguilar-da-Silva (2009) e Gomes e Rego (2014) discutem, desde uma perspectiva teórico-bibliográfica de investigação, o processo de mudança curricular em medicina, com foco na implementação das MAs, e em específico a ABP. Entre esses/as autores/as, é unânime a ideia de que a ABP é uma boa alternativa para formar um/a profissional capaz de tratar o indivíduo doente como um todo, observando todos os aspectos relevantes para a saúde.

Todavia, é unânime também a ideia de que somente a mudança do método tradicional para o ABP não é suficiente para garantir a transformação na educação médica e fomentar isoladamente a mudança no perfil do/a egresso/a. Esses trabalhos mostram que a concepção bancária de educação (FREIRE, 1987) não está vinculada necessariamente à transmissão de conteúdos em uma sala de aula expositiva, como é recorrente no método tradicional de ensino. Ela pode se dar de forma efetiva “a partir

também do interesse da seleção de conteúdos de uma situação-problema e do docente que orienta o seu processamento a partir da ABP” (GOMES; REGO, 2014, p. 04).

Os estudos empíricos que buscaram avaliar esse processo de mudança curricular em escolas médicas com MAs, apontam para os mesmos fatos observados desde a teoria. A insuficiência da ABP como método para garantir a mudança no perfil do/a egresso/a foi abordada nesses estudos, os quais indicam a necessidade de associar outros métodos à ABP, como a Problematização. Brandão et al. (2013) objetivaram descrever um relato de experiência das vivências das práticas de Integração Ensino-Serviço-Comunidade (IESC)<sup>36</sup> como eixo de apoio do modelo de reorientação na formação médica da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. O resultado de sua investigação indicou que as práticas de IESC, como eixo de apoio da ABP, conseguem articular os saberes com as práticas na reorientação da formação médica.

O trabalho de Moraes e Manzini (2006) analisou as concepções de docentes, gestores/as e estudantes do curso de medicina da FAMEMA sobre a ABP e sua relação com a formação médica. Para coleta de material empírico com os sujeitos investigados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, submetidas, posteriormente, à análise de conteúdo temática. Os resultados da pesquisa apontaram para o fato de que mudar um currículo e o método de ensino e aprendizagem não garante a mudança de concepções e práticas dos/as professores/as e estudantes. A esse processo de mudança deve ser somado investimento em educação permanente para os/as docentes, que precisa ser estendido à prática profissional dos/as trabalhadores/as da saúde.

Nos trabalhos mencionados, a ABP é percebida como uma possibilidade para iniciar o processo de mudança curricular do tradicional para MAs. Entretanto, esse método não garante por si só a mudança no perfil do/a egresso/a em medicina. Os resultados das investigações aqui apresentadas indicam, em parte, ser necessário somar outros fatores à adoção da ABP, como investimento em educação permanente, e associação de outros métodos à ABP, como a Problematização.

#### *Avaliação do ensino e aprendizagem baseado nas MAs*

---

<sup>36</sup> A IESC são práticas orientadas pelo método da Problematização. Segundo Brandão et al. (2013) a IESC têm como campo de atuação uma Unidade de Saúde da Família, onde os/as discentes desenvolvem atividades do primeiro ao quarto ano, seguindo o Método do Arco de Charles Maguerez. Para Brandão et al. (2013), essas práticas integradas proporcionam uma aproximação precoce entre os/as discentes e o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio das teorizações semanais e do trabalho em equipe multiprofissional. Ainda segundo esses/as autores/as, tal aproximação estimularia o desenvolvimento do olhar crítico da situação local de saúde e possibilitaria estabelecer vínculos com a equipe e a comunidade.

Chamou atenção o número expressivo de trabalhos que buscaram discutir o desempenho discente com uso das MAs na educação médica. Dos 53 trabalhos encontrados, 18 (34%) abordaram esse tema (ANGELI; LOUREIRO, 2001; GOULART et al., 2001; LIMA; LINHARES, 2008; KOMATSU, 2009; GOMES, 2010; MARIN, et al., 2010; NOVAES et al. 2010; ANDRADE et al. 2011; AQUILANTE et al., 2011; GOMES; REGO, 2011; OLIVEIRA; BATISTA, 2012; COSTA et al, 2014; MAKABE; MAIA, 2014; SMOLKA et al., 2014; FERREIRA et al., 2015; LEON; ONÓFRE, 2015; COSTA, et al. 2016; TAROCO, 2017).

Gomes e Rego (2011), em uma pesquisa teórico-bibliográfica, avaliaram os resultados do uso da ABP na formação médica nos últimos vinte anos de forma a compor um panorama da sua efetividade na busca do/a médico/a crítico/a, reflexivo/a e com responsabilidade social. Os resultados da pesquisa apontaram para a insuficiência da mudança pedagógica isolada como resposta a uma formação médica capaz de aliar competências técnicas e ético-humanísticas. Esses autores chamam atenção ainda para a falta de dados fundamentados sobre o padrão de desempenho dos/as graduandos/as em medicina no Brasil, e afirmam que isso dificulta a avaliação da efetividade de currículos baseados na ABP (tal como fora apontado no Capítulo 1).

Marin et al. (2010) apontam resultados empíricos que parecem indicar possíveis razões para a conclusão de Gomes e Rego (2011) em seu estudo da literatura. Marin et al. (2010) entrevistaram discentes sobre as fortalezas e fragilidades dos métodos ativos de aprendizagem. A análise desse material foi guiada pela hermenêutica dialética, tendo como referência os princípios do método de interpretação de sentidos. Seus resultados apontaram para o fato de que as MAs estimulam o estudo constante, a independência e a responsabilidade, possibilitam a integração das dimensões biopsicossociais, preparam para o trabalho em equipe e aproximam os/as alunos/as dos usuários e da equipe. No entanto, esses/as autores/as afirmam que os sentidos extraídos das falas dos/as estudantes indicam que nem todos/as estão preparados para isso; algumas vezes, sentem-se perdidos/as em busca de conhecimentos, além de apresentarem dificuldades quanto a sua inserção na equipe de saúde.

Tais apontamentos corroboram com o trabalho de Angeli e Loureiro (2001), que buscaram investigar como estudantes do curso médico da FAMEMA avaliam sua experiência de aprendizagem por meio da ABP. Para coleta de informações, foram realizados grupos de reflexão conforme metodologia proposta por Delarossa (1979). Os

resultados da pesquisa indicam que o êxito da implantação dessa metodologia pode depender, em parte, dos recursos pessoais de adaptação dos/as estudantes (características de personalidade como independência, determinação, senso de responsabilidade, desinibição, capacidade de comunicação e de organização).

Andrade et al. (2011) analisaram a aquisição e evolução de atitudes humanísticas dos/as discentes do curso de medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde – que tem seu currículo fundamentado na ABP. Foram utilizados dois instrumentos para coleta: a Escala de Atitude de Estudantes de Medicina (do tipo *Likert*) e um questionário sociodemográfico semiestruturado e autoaplicável (confeccionado pelos/as pesquisadores/as). Embora as atitudes positivas tenham predominado em relação ao tema investigado, os/as autor/as ressaltam a necessidade de uma formação continuada do/a docente como condição para um bom desempenho discente e para o êxito na implementação de um currículo fundamentado nas MAs.

De modo geral, os resultados de investigação dos trabalhos já mencionados mostram existir dificuldades em se avaliar o desempenho discente quando inseridos em uma proposta curricular baseada nas MAs, haja vista a escassez de dados fundamentados. Contudo, na tentativa de realizar avaliações dessa natureza, esses mesmos trabalhos apontaram a insuficiência do método ABP para a mudança do perfil do/a egresso/a de medicina, tal como discutido no subtópico anterior. Em um currículo orientado pelas MAs, o desempenho discente está condicionado, em parte, pelos recursos pessoais de adaptação assim como pela formação continuada do/a docente.

#### *Capacitação docente no contexto das MAs*

O entendimento da capacitação docente como condição para o êxito na implementação das MAs em um currículo médico foi apontado em quase todas as produções bibliográficas, e mais diretamente em 9 (17%) dos 53 trabalhos selecionados (VENTURELLI; FIORINI, 2001; ALMEIDA et al., 2003; LIMA et al., 2003; ALMEIDA; FERREIRA FILHO, 2008; ARRUDA et al., 2008; FARIA et al. 2008; ALMEIDA; BATISTA, 2011; REGO; BATISTA, 2012; ALMEIDA; BATISTA, 2013).

Considerando especificamente a área médica, alguns/mas autores/as assumem a capacitação docente como um componente essencial nos processos de mudanças curriculares e de sua consolidação. Lima et al. (2003) investigaram ações desenvolvidas pela Comissão de Capacitação Docente (CCD) do curso médico da Universidade

Estadual de Londrina (UEL) com base em consultas ao arquivo dos registros de ações da CCD e análise das atividades desenvolvidas. Os resultados dessa análise apontaram como positivo o trabalho desenvolvido pela comissão e conclui ser pertinente um programa de capacitação mais abrangente, que envolva as instâncias gerenciais, profissionais e pedagógicas do processo.

Almeida et al. (2003) reiteram essa afirmativa, ao analisarem as perspectivas dos/as docentes da UEL que já atuaram como tutores/as acerca da capacitação recebida, mediante aplicação de um questionário estruturado fechado, com opções em escala tipo Likert. Os dados permitiram os/as autores/as concluir que é necessário ampliar a capacitação em um processo de educação permanente que garanta a plena implantação e a sustentabilidade de um novo currículo.

Essa mesma perspectiva é reafirmada por Almeida e Ferreira Filho (2008), quando analisam a experiência de docentes do curso de medicina da UEL que desenvolveram atividades não sistematizadas de educação permanente nos primeiros anos de implantação do currículo integrado. Os resultados da análise indicaram que as atividades desenvolvidas responderam demandas locais e contribuíram com a dinâmica de um processo de implantação que deve permanecer em contínua renovação.

Nessa mesma linha de raciocínio, Venturelli e Fiorini (2001) desenvolveram um estudo teórico sobre capacitação docente e educação médica e concluíram que a capacitação dos/as agentes comprometidos com os novos modelos educacionais (sejam eles/as docentes ou gestores/as) deve reconhecer que:

[...] o alto nível de qualificação que se espera dos docentes e os múltiplos papéis que eles podem desempenhar implicam o reconhecimento de que já não é suficiente apenas ter experiência numa área do conhecimento médico/ tecnológico tradicional para ser docente. 'Docência não é transferência de informação', indicou Paulo Freire (Pedagogia da Autonomia). É preciso ter uma sólida aprendizagem educacional, que, ademais, precisa ser mantida e atualizada (p. 11).

Ainda sobre esse tema, Almeida e Batista (2011) realizam um mapeamento das dificuldades e necessidades relativas ao desenvolvimento docente de professores/as atuantes em currículos que empregam as MAs na formação médica. A pesquisa foi realizada com os/as docentes da Universidade Estadual de Montes Claros/Unimontes, que trabalha com a ABP e a Problematização, por meio de questionários com perguntas fechadas e entrevistas semiestruturadas, submetidos à análise temática. Os resultados

dessa investigação apontaram, como maior dificuldade, a insuficiência de investimento econômico por parte das instituições de ensino nesse processo de capacitação.

Por fim, como afirmado pelos resultados de investigação dos trabalhos analisados, considera-se plenamente estabelecido que os processos de inovações curriculares na educação médica exigem programas de capacitação docente permanentes e eficientes. Contudo, as instituições de ensino parecem não ter despertado para esse fato, uma vez que o investimento na formação docente é apontado por esses trabalhos como insuficiente, o que pode resultar em um menor avanço nas transformações/mudanças.

*Tecendo algumas considerações e apontando como busquei avançar com a investigação aqui em tela*

Por meio do levantamento bibliográfico aqui realizado, observei que os temas educação médica e MAs não aparecem em nenhuma produção da ANPED no período destacado, o que constitui uma recusa dessa discussão, por parte da comunidade de pesquisadores em educação, no referido espaço. No meu entender, isso representa uma perda para ambas as partes, uma vez que as discussões sobre o uso das MAs na educação médica não são compartilhadas na ANPED, e o debate dessa área de estudo fica ausente do maior evento científico da área educacional da América Latina. Esse fato configura-se, portanto, como um prejuízo, em termos de qualidade, sobre o que os/as pesquisadores/as da área da educação médica vêm conseguindo discutir sobre o uso das MAs.

Essa ausência de diálogo pode ser justificada por haver uma importante fração dos/as educadores/as brasileiros/as que apresentam fortes críticas às mudanças curriculares e a própria adesão às MAs na educação médica (GOMES; REGO, 2011). As produções sobre o tema estariam vinculadas, desse modo, a bases de dados como a RBEM, um espaço para a publicação de reflexões sobre um movimento de reformas curriculares ao qual a Associação Brasileira de Educação Médica (Abem) adere. Isso me leva a crer que, o que está em jogo com essa ausência de diálogo são disputas entre diferentes concepções sobre as MAs, e relações de poder que privilegiam espaços de divulgação de saberes que reiteram uma verdade sobre o uso das MAs na educação médica.

Desse modo, posso afirmar que essa recusa de um diálogo é interessada, e seus efeitos seriam a produção de discursos que passam a ser autorizados para falar de ensino e aprendizagem no âmbito da educação médica. As próprias categorias definidas com base na leitura dos artigos publicados pela RBEM demonstram como se dá essa produção discursiva, a qual reitera a necessária adoção das MAs. Isso explica que haja tantas produções que versam sobre sua adequada aplicação, avaliação do impacto na aprendizagem e adequação dos docentes para colocá-las em prática.

É válido apontar que essas produções que trataram da conexão entre os temas educação médica e as MAs correspondem a 5% (n=53) do total de 994 trabalhos publicados pela RBEM no período investigado. Ao fazer uma leitura desses artigos, o que primeiro me chamou atenção foi que a maioria usa os conceitos de educação e currículo. Observou-se o não cuidado, em termos de referenciamento adequado, quanto ao uso desses conceitos, na medida em que são citados, mas não discutidos.

Citar o conceito educação e associá-lo a um processo de mudança requer referenciá-lo e muitos teóricos contemporâneos fazem essa discussão, como Freire (1987; 1999), que discute educação como um processo dinâmico, de transformação e mudança. Quanto à noção de currículo, essa está muito vinculada a um processo estático, mero instrumento. Contudo, é preciso saber o quão dinâmico e complexo é esse conceito, podendo ser associado à ideia de espaço de disputa de poderes em que os sujeitos são produzidos, como indicado por Santos e Paraíso (1996).

Sobre o uso das MAs na educação médica, destaco duas considerações sobre o que foi extraído dos trabalhos lidos. A primeira é a de que, dentre as MAs mais referenciadas, estão a ABP e a Problematização. Isso significa que a análise feita pelos trabalhos, em sua maioria, diz respeito ao uso desses métodos em específico. Uma segunda consideração a ser feita corresponde ao fato de que há uma preocupação entre os/as pesquisadores/as do tema em avaliar a mudança curricular fundamentada nas MAs e o desempenho discente com uso dessas metodologias. Isso se faz notar pelo número expressivo de trabalhos envolvidos nesse processo, quase 70% do total de produções selecionadas.

De modo geral, esses trabalhos apontam as MAs como uma possibilidade para responder aos anseios de mudança curricular dos cursos de medicina no país. As principais tentativas concretizadas atêm-se, sobretudo, a mudanças metodológicas ou pedagógicas, com a reestruturação dos currículos com base na inserção da ABP como eixo estruturante. Todavia, quando baseado apenas na mudança do método tradicional

para a ABP, esse processo apresenta lacunas e mostra não ser suficiente para mudança do perfil do/a egresso/a em medicina.

Os resultados deste levantamento despertaram, portanto, o desejo não por reafirmar o discurso das MAs como métodos mais adequados, mas sim por problematizar esses discursos em sua profusão no currículo de graduação em medicina da UFAL. Tais resultados intensificaram o desejo de, ao articular currículo e MAs na perspectiva dos estudos pós-críticos, problematizar os efeitos discursivos desse currículo em termos de produção de sujeitos.

De modo particular, minhas inquietações reativadas com os resultados deste levantamento bibliográfico recaem sobre a seguinte questão: que tipos de sujeitos estariam sendo produzidos com base nos discursos que circulam no currículo de medicina da UFAL que está fundamentado nas MAs? Ou como esse currículo opera na produção de sujeitos? É com o objetivo de dialogar em torno destas questões que busco no capítulo seguinte problematizar discursos que sobressaem no currículo médico da UFAL e evidenciar tipos de posições de sujeitos constituídas e disponibilizadas pelos mesmos.

## CAPÍTULO 3

### **Metodologias Ativas como significado transcendental de currículos de formação médica**

A leitura realizada no capítulo anterior sobre a ABP e a Problematização, especificamente, e sobre as MAs, de modo geral, sugere que um currículo médico, quando fundamentado em métodos ativos de ensino e aprendizagem, seria capaz de revelar, por meio de um processo transcendental ou de tomada de consciência, um/a profissional médico/a em sua essência. Dito de outro modo, evidenciaria um/a profissional dotado/a de competências e habilidades específicas, como autonomia, capacidade crítica e reflexiva. Esse é um discurso da formação médica acionado por muitos currículos e práticas de ensino e aprendizagem dentro e fora da educação médica. É também reiterado por muitos/as pesquisadores/as desse campo<sup>37</sup> que ainda pensam currículo como “um conjunto de manifestações (no nível pedagógico) de uma estrutura epistemológica mais profunda, subjacente e natural – desse modo, naturalizando o currículo e atribuindo-lhe um caráter necessitário” (VEIGA-NETO, 2008a, p. 2).

Ao significar currículo desse modo, como algo natural e ‘necessitário’, atribui-se ao mesmo um caráter transcendental (VEIGA-NETO, 2008a)<sup>38</sup>. Na análise empreendida nesta tese, essa transcendência corresponde a uma solidez e estabilidade que o discurso das MAs promete à formação médica que - como fora apontado no capítulo anterior - vem passando por mudanças e transformações nas últimas décadas. Tal promessa de solidez e estabilidade refere de modo análogo àquilo que Veiga-Neto (2008a) definiu como capacidade de dar previsibilidade e domínio do acontecimento, isto é, daquilo que é pensado e planejado que venha a acontecer. Desde essa perspectiva, a formação

---

<sup>37</sup> Quando falo no campo da educação médica me refiro a algo próximo/análogo àquilo que Veiga-Neto (2008a) definiu por “campo do currículo”. Esse autor refere esse termo “tanto ao conjunto das práticas pedagógicas curriculares - que vão da definição dos objetivos da escolarização até os processos de avaliação, passando pelo planejamento, pela seleção de conteúdos, pelas práticas e metodologias de ensino etc. -, quanto a todo o conjunto das mais diferentes teorizações sobre o currículo” (p. 3).

<sup>38</sup> Segundo Veiga-Neto (2008a), o caráter transcendental atribuído ao currículo tem suas raízes no advento da modernidade que, por conseguinte, é recorrente ao transcendentalismo platônico e monoteísta. Ao incidir no campo do currículo, esse transcendentalismo resulta na crença de possibilidade de uma “epistemologia geral, abrangente e capaz de abrigar toda e qualquer concepção sobre o currículo”, isto é, uma “epistemologia transcendental” (VEIGA-NETO, 2008a, p. 2). Devo esclarecer que em minha análise, ao invés de pensar currículo a partir de uma epistemologia assim transcendente, optei por seguir Thomas Popkewitz e o seu conceito de epistemologia social.

médica funcionaria conforme aquilo que foi planejado via MAs, e quando bem planejado, acabaria necessariamente dando bons frutos.

Contudo, devo esclarecer que desde uma perspectiva pós-crítica, trabalho nesta tese com o caráter imprevisível do acontecimento, e não-transcendente. Currículo tampouco é pensado em minha investigação como um artefato estável, seguro e sólido, desprovido de uma natureza arbitrária e ficcional. Trabalho com a ideia de currículo como um artefato que também é centrado no plano do imprevisível, da contingência, do devir e não da transcendência.

Desse modo, não reproduzo em minha análise a ideia de solidez e estabilidade que o discurso das MAs tenta atribuir à formação médica. Pelo contrário, **o objetivo neste capítulo** é de problematizar esse discurso e colocar em evidência a natureza arbitrária e ficcional de um currículo. Tendo por base essa postura problematizadora, busquei analisar nesse capítulo os discursos que se sobressaem no currículo oficial (SANTOS; PARAÍSO, 1996) de graduação médica da UFAL, que está baseado no uso das MAs.

Ao tomar como foco do estudo este currículo em específico, priorizei a análise de documentos textuais (tanto impressos como eletrônicos) norteadores do curso, tais como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) de Medicina (BRASIL, 2001 e 2014) e o Projeto Político do Curso (UFAL, 2017). Esses documentos oficiais compreenderam os recursos para captura de elementos não verbais dos eventos e das práticas, e foram analisados mediante o uso da análise de discursos de inspiração foucaultiana, tal como apontado no Capítulo 1 dessa tese.

Para o alcance desse objetivo, fundamentei minha análise a partir de referenciais teóricos da vertente pós-crítica dos estudos curriculares (sobretudo aqueles de inspiração foucaultiana). Para tornar mais clara essa tarefa, foi necessário compreender antes como um currículo é significado pelas teorias pós-críticas, para em seguida fazer o exercício da problematização dos discursos. Desse modo, compus o presente Capítulo em três tópicos, além desta breve introdução: No tópico primeiro mostro como conceitos de poder, saber e discurso são acionados na dinâmica de um currículo, e como esse é significado pelas teorias pós-críticas; em seguida, no segundo tópico, realizo um exercício de problematização dos discursos que se sobrepõem no currículo de medicina da UFAL que é fundamentado nas MAs; e no terceiro e último tópico apresento algumas considerações sobre esse exercício de problematização e indico como busquei seguir com a investigação aqui em tela.

### 3.1 Significando um currículo a partir das teorias pós-críticas

Para significar um currículo em perspectiva pós-crítica, tomei como ponto de partida e inspiração o conceito de epistemologia social, para diferir dos sentidos de um currículo pensado a partir da filosofia da consciência (POPKEWITZ, 2008). Temos aqui dois caminhos (formas de compreensão) distintos que nos levam a diferentes conceitos de currículo. Dito de outro modo, temos duas formas de raciocínio sobre o conhecimento histórico que estariam implicadas em produzir formas de regulação social que determinam o modo como um currículo é organizado, definindo que tipo de conhecimento deve ser incorporado e qual deve ser excluído (POPKEWITZ, 2008).

Por filosofia da consciência compreende-se a ideia moderna de que o conhecimento deriva de uma consciência (ideia de que a partir dessa poderíamos desenvolver um conhecimento libertador). Essa filosofia consiste em “considerar a maneira como as pessoas e os eventos mudam ao longo do tempo, focalizando a linguagem como expressiva e descritiva da direção e propósitos da mudança social” (POPKEWITZ, 2008, p. 180).

Nessa acepção a linguagem é entendida apenas como uma transmissão do discurso científico, artístico, cultural, para o campo da educação, tratando-se apenas de uma questão de transposição didática (SILVA, 1996). Ou ainda, o discurso, nessa perspectiva específica, é o produto das operações mentais, em contínuo desenvolvimento, ele “não tem nada a ver com relação de poder, nem com os saberes produzidos nessas relações, nem com modos de assujeitamento. O discurso não produz o real, nem os sujeitos, nem as significações” (CORAZZA, 2001, p.92).

Nesse momento poder e saber são concebidos como uma relação externa aos discursos no currículo, apesar de implicados nesse. Partindo da relação entre esses conceitos, o currículo é interpretado desde a perspectiva da filosofia da consciência como instrumento envolvido em um processo de reprodução social ou de revelação do sujeito em sua essência (SILVA, 1996), algo próximo do que Cherryholmes (1992) definiu como natureza dialética do currículo. Ao teorizar sobre a natureza dialética do currículo - que opera através do binário construção/desconstrução - Cherryholmes (1992) afirmou que os currículos podem se traduzir em um esforço no sentido de

ajudar os estudantes a adquirir uma compreensão de seus discursos, de como o conhecimento e o poder se criam e se recriam mutuamente ou, então, eles podem se centrar na aceitação dos discursos existentes juntamente com suas oportunidades, constrangimentos e opressões singulares (CHERRYHOLMES, 1992, p. 163).

Quando o currículo é problematizado como envolvido no processo de reprodução, ressalta-se a noção de que o conhecimento (o saber) corporificado no currículo estaria contaminado, via ideologia, pelo poder (SILVA, 1996). O poder regularia a distribuição do conhecimento “distorcendo, desviando, desvirtuando elementos da vida social e educacional, que na sua ausência poderiam aparecer em sua essência original, não contaminada.” (SILVA 1996, p. 167). Esse processo de construção curricular resultaria na caracterização do sujeito como um ser alienado.

De outro modo, quando considerado como envolvido em um processo de revelação, o currículo é interpretado como uma “operação destinada a extrair, a fazer emergir uma essência humana que preexista a linguagem, ao discurso e a cultura” (SILVA, 1996, p. 165). Nesse momento o saber aparece como uma espécie de antídoto ao poder, e pelos procedimentos de uma pedagogia crítica, possibilitaria a caracterização de um sujeito livre, emancipado e autônomo (SILVA, 1996).

Tal modo de interpretar o currículo se aproxima à compreensão de muitos/as autores/as sobre o que seria um currículo de medicina fundamentado nas MAs. Esses/as autores/as têm descrito e prescrito propostas curriculares na área da saúde, e em específico, da medicina, baseadas nessas MAs. Os resultados de suas pesquisas defendem que as MAs permitiriam “introduzir maior eficiência nas práticas de ensino-aprendizagem e formar profissionais mais críticos” (ALMEIDA, 1997, p. 38).

Ao mesmo tempo essas pesquisas apontam as MAs como: “um novo paradigma que prepara os alunos para aprender a aprender e assumir uma postura mais crítica” (LIMA JÚNIOR, 2002, p. 214); “uma proposta de mudança curricular capaz de mudar o perfil do egresso da escola médica” (GOMES; REGO, 2011, p. 563). De acordo com o pensamento desses/as autores/as, as práticas pedagógicas fundamentadas pelas MAs, na área médica, estariam voltadas a preparar o/a discente para tomar consciência de sua realidade e atuar em sua transformação (BERBEL, 1998). Em síntese, esses olhares significam o currículo como um instrumento de revelação.

Entretanto, esse modo de interpretar o currículo ou seus efeitos, desde uma filosofia da consciência, é ampliado e ao mesmo tempo modificado quando o analisamos a partir da ideia de epistemologia social. Essa forma de raciocínio, oriunda

de teorizações pós-críticas, consiste num “mapeamento conceitual que descreve mudanças na forma como os objetos da vida social são discursivamente construídos” (POPKEWITZ, 2008, p. 180). Nessa perspectiva, a linguagem aparece como constitutiva/formadora e não meramente expressiva/descritiva (CORAZZA, 2001). Ademais, ela advém de estilos de raciocínio historicamente formados, e constitui-se não apenas como representativa de coisas no mundo, mas também como elemento importante de poder (POPKEWITZ, 2008).

Ao buscar enfatizar a historicidade do sistema linguístico, Popkewitz (2008) usa a concepção de epistemologia para se referir “à forma como o conhecimento, no processo de escolarização, organiza as percepções, as formas de responder ao mundo e as concepções de eu” (p. 174). O social que qualifica epistemologia enfatiza a “implicação relacional e social do conhecimento, em contraste com as preocupações filosóficas americanas com epistemologia como a busca de asserção de conhecimentos universais, sobre a natureza, a origem e os limites do conhecimento” (POPKEWITZ, 2008, p. 174-175). Trata-se, portanto, de um conceito que “toma os objetos constituídos como conhecimento da escolarização e os define como elementos de práticas institucionais, historicamente formadas através de relações de poder que dão coerência e estrutura aos caprichos da vida cotidiana” (POPKEWITZ, 2008, p.197).

Esse modo de privilegiar o conhecimento (como regulação social) e a linguagem (como constitutiva da realidade) nos estudos de currículo é tributário do que se convencionou chamar de virada linguística. A ênfase na linguagem e no discurso passou a ser utilizada “como estratégia de luta cultural” (PARAÍSO, 2010, p.40), sendo o currículo compreendido como uma “invenção social como qualquer outra”, e seu conteúdo como uma “construção social” (SILVA, 2002, p. 135). Isso nos aproxima à ideia de que o currículo é constituído por discursos concorrentes, que o perpassam e disputam significados sobre o mundo e as coisas do mundo, em um jogo que se dá em meio a relações de poder-saber (FREITAS, 2014). Tudo isso porque ganha destaque, no campo curricular, a noção de discurso como práticas destinadas a formar os objetos aos quais se referem (FOUCAULT, 2005).

Sobre os conceitos de poder e saber, esses se mostram, nessa perspectiva, em uma relação mútua e interna aos discursos do currículo. Portanto, o currículo visto em uma perspectiva pós-crítica segue sendo espaço de poder, todavia,

[...] esse poder torna-se descentrado, e o conhecimento não é exterior a esse, mas parte inerente do poder [...] A análise desse não se limita mais ao campo das relações econômicas do capitalismo [...] o mapa do poder é ampliado para incluir os processos de dominação centrados na raça, na etnia, no gênero e na sexualidade (SILVA, 1996, p. 148-149).

As noções de poder e saber permanecem centrais em análises pós-críticas sobre o currículo, e aparecem indissociáveis (o currículo, como corporificação do saber, está estritamente vinculado ao poder). Essa interdependência entre poder e saber na perspectiva pós-crítica consiste em entender que “a regulação da conduta, o governo dos indivíduos – e portanto, o poder – pressupõe seu conhecimento [...] Saber implica necessariamente dominação” (SILVA, 1996, p.167). O poder está inscrito no interior do currículo: “aquilo que divide o currículo – que afirma o que é conhecimento e o que não é – e aquilo que essa divisão divide – que estabelece desigualdades entre indivíduos e grupos sociais – isso é precisamente o poder” (SILVA, 1996, p. 167). Nesse sentido, “o saber é um conhecimento oriundo daquilo que o poder olha com seus próprios olhos” (MAKNAMARA, 2011, p. 55).

Desse modo, os discursos em um currículo são interpretados como práticas permeadas por relações de poder-saber; os discursos são “um conjunto de estratégias que fazem parte das práticas sociais” (FOUCAULT, 2003a, p.11) e devem ser considerados como “jogos estratégicos, de ação e de reação, de pergunta e de resposta, de dominação e de esquiva, como também de luta” (FOUCAULT, 2003a, p. 9). Assim, ao corporificar conhecimentos particulares sobre o indivíduo e a sociedade, os discursos nos constituem como sujeitos (SILVA, 1996), e, quando o currículo é interpretado como discurso, é possível significá-lo como “a constituição de nós mesmos como sujeitos” (SILVA, 1996, p. 167).

Dito isso, compreendo que um currículo não está envolvido, estritamente, em um processo de transmissão de conteúdos, reprodução social ou de revelação da realidade, mas sobretudo em um processo de constituição (de sujeitos de determinados tipos) e de posicionamento de sujeitos (que são múltiplos, no interior das diversas divisões sociais). É com base nessa percepção que pesquisadores/as do campo do currículo – tais como Corazza (1998; 2004); Popkewitz (2008); Silva (1996; 2002); Cherryholmes (1992); Paraíso (1996; 2014) e Gallo (2012) – buscam, desde as teorias pós-críticas, significar o currículo de modos variados, afastando-se da ideia de que podemos chegar a um conceito unívoco do mesmo.

Popkewitz (2008) faz esse exercício de significação de um currículo explicitando-o como sistema de regulação e disciplina (POPKEWITZ, 2008). Esse modo de caracterização sugere que “aquilo que está inscrito no currículo não é apenas informação – a organização do conhecimento corporifica formas particulares de agir, sentir, falar, ver o mundo e o eu” (POPKEWITZ, 2008, p. 174). Entendido como “produto da disponibilização de formas de raciocínio, saberes, valores, afetos e comportamentos que contribuem, através de estratégias e técnicas específicas, para a formação de pessoas ao atribuir significados a lugares, coisas, fenômenos, práticas e sujeitos” (MAKNAMARA, 2020a, 2011), é possível compreender que um currículo está centralmente envolvido em regular e disciplinar o indivíduo<sup>39</sup>. O conhecimento curricular é visto como tecnologia disciplinar que envolve nossas formas de falar e raciocinar – as formas pelas quais nós dizemos a verdade sobre nós e sobre os outros – com questões de poder e regulação (POPKEWITZ, 2008).

De modo semelhante, um currículo pode ser visto como instrumento de regulação e controle (SILVA, 1996). Para fundamentar essa argumentação, Silva (1996) parte do pensamento de Foucault sobre formas de governo no qual os conceitos poder e saber aparecem imbricados/interdependentes:

Em Foucault, o governo não está baseado em uma estratégia puramente externa de controle, mas no pressuposto do autogoverno dos indivíduos. O controle externo da conduta – aquilo que Foucault chamou de “tecnologias de dominação” – combina-se com o autocontrole – aquilo que Foucault chamou de “tecnologias do eu” – para produzir o “sujeito autogovernável” (SILVA, 1996, p. 162).

O governo deve ser entendido, portanto, no sentido de “técnicas e procedimentos destinados a dirigir a conduta” dos outros e de si mesmo (FOUCAULT, 1997a, p. 101). Quando falo em tecnologias<sup>40</sup> de dominação, estou me referindo a práticas institucionalizadas de objetivação de uns sobre outros e que supõem uma certa forma de racionalidade, tal como ocorre com a disciplina, por exemplo (FOUCAULT, 1993a). Já por técnicas de si, Foucault entende serem as

---

<sup>39</sup> Em Popkewitz (2008), a noção de regulação “não serve para atribuir distinções de bom/mal ou moral/imoral quando se fala do processo de escolarização. Ela é utilizada para reconhecer uma premissa sociológica de que todas as situações sociais têm restrições e constrições historicamente inscritas sobre nossa individualidade” (p. 191).

<sup>40</sup> Tecnologias são entendidas por Foucault (1993a, p. 206) como “a articulação de certas técnicas e de certos tipos de discurso acerca do sujeito”.

práticas refletidas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo. (FOUCAULT, 2001a, p.15).

Técnicas de si ou tecnologias do eu são expressões utilizadas por Foucault para se referir a essas relações que o sujeito estabelece consigo mesmo como formas de domínio de si por si (FOUCAULT, 2001a)<sup>41</sup>. O encontro entre essas técnicas de si e as técnicas de dominação dos outros caracteriza a governamentalidade, entendida como o campo de ações possíveis e limitantes do exercício do governo. As técnicas de dominação e as técnicas de si devem ser entendidas, portanto, como “os meios ou os instrumentos por meio dos quais o governo é acoplado e os indivíduos são subjetivados tornando-se sujeitos de determinados tipos” (PARAÍSO, 2006, p. 4)<sup>42</sup>.

Vale lembrar que no cruzamento da problemática da subjetividade e da análise das formas de governamentalidade, são acionados, acoplados e reposicionados múltiplos dispositivos. Esses são responsáveis por desencadear processos ou relações em que o sujeito é instado a governar-se (FOUCAULT, 1997b). Os dispositivos investem, portanto, em práticas de governo da conduta (governo de si e dos outros, e de uns pelos outros), o que torna possível afirmar que o dispositivo é sempre um investimento político do corpo e, deste modo,

está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles (FOUCAULT, 2007, p. 246).

A articulação desses conceitos – de saber, poder, discurso, governo e dispositivo - na análise sobre currículo permite-me compreender e observar uma gestão governamental em um currículo. Nessa análise, a produção de um sujeito autogovernável é objetivo da ação da educação, e o currículo seria “um domínio

---

<sup>41</sup> Daí ser compreensível a aplicação de diferenciadas técnicas ou exercícios de si, que implicam algum tipo de relação do sujeito consigo mesmo, tais como “a confissão, o exame de consciência, a direção de consciência”, e aquelas que se estão presentes na pedagogia, sob outras designações, como, por exemplo, “a ‘auto-avaliação’, ‘autoconhecimento’, ‘auto-estima’, ‘autocontrole’, ‘autoconfiança’, ‘autonomia’, ‘auto-regulação’, ‘autodisciplina’” (GONÇALVES, 2010, p. 119). Essa discussão, sobre as técnicas de si, será retomada no Capítulo 5 desta tese.

<sup>42</sup> É por meio do encontro entre esses dois tipos de técnicas que é possível analisar como são produzidas as subjetividades (FOUCAULT, 1993a).

particular de conhecimento do indivíduo implicado em estratégias de governo” (SILVA, 1996, p. 162), ou seja, um instrumento de regulação e controle. Essa forma de interpretar um currículo aproxima-se da definição do mesmo como modo de subjetivação (CORAZZA, 2004). Sobre o conceito de subjetivação, podemos interpretá-lo como

[...] a relação consigo que renasce sempre, em vários lugares e sob múltiplas formas [...] Os indivíduos são a matéria sob a qual se realiza o trabalho da subjetivação. Eles não são nada sem a forma na qual a experiência ética os modela, e não tem verdadeiramente ser, independente desse trabalho de subjetivação (CORAZZA, 2004, p. 62).

Isso implica analisar as subjetividades produzidas por um currículo “enquanto vinculadas às relações de saber e de poder que atravessam os corpos para gravar-se nas consciências” (CORAZZA, 2004, p. 58). Seguindo essa mesma linha de raciocínio, o currículo nos é apresentado como máquina de subjetivação (GALLO, 2012), sendo a subjetivação pensada como um processo que transgride o conceito moderno de sujeito (pensado como categoria fundante; como substância; identidade monolítica). Ele também deve ser entendido como “algo produzido, fabricado de acordo com algumas categorias históricas e culturais. Algo que varia no tempo e no espaço” (GALLO, 2012, p. 204), ou, ainda, como um artifício da linguagem, uma produção discursiva, um efeito das relações poder-saber (FOUCAULT, 1995).

De modo similar, Silva (1996; 2002) discute o currículo como território, como lugar onde os sujeitos são constituídos e como espaço de formação. Ele também deve ser entendido como “artefato social, cultural e histórico, sujeito a mudanças e flutuações” (SILVA, 2002, p.77). Na categoria de um artefato cultural, o currículo é entendido como algo feito, construído para um fim determinado. Tal qualificação atribuída ao currículo é reforçada por Paraíso (1996), que ao entender cultura como terreno de luta, afirma ser o currículo construído a partir de uma seleção no interior das culturas, sendo o mesmo, portanto, “campo de produção e de contestação cultural” (p. 139).

Como vimos até aqui, os/as autores/as apontados/as não buscam uma resposta essencialista e fixa sobre ‘o que é um currículo?’; em vez disso, eles/as problematizam o conceito de currículo, atribuindo a ele modos variados de significações. Essa pluralidade de conceitos tem um objetivo em comum, que é nos fazer compreender que

currículo é um artefato e que está envolvido na produção de sujeitos multiplamente posicionados. Pode-se afirmar também como objetivo dessa base conceitual o fato de ela me inspirar e me fazer entender que, ao se investigar um currículo de medicina fundamentado pelas MAs, devo problematizar esse currículo e o processo de constituição de profissionais médicos/as que emerge a partir dele. Esse é um exercício que passo a realizar no tópico a seguir.

### **3.2 Problematizando discursos que constituem um currículo médico fundamentado no uso das MAs**

Após explicitar como um currículo é significado na perspectiva pós-crítica, foi possível compreender que não há como se chegar à origem, ao núcleo, à essência do conceito de currículo. No entanto, não é difícil encontrar, nos trabalhos de pesquisas na educação médica do Brasil, investimentos discursivos que, de modo geral, reiteram um currículo fundamentado nas MAs como ideal e reafirmam que essas MAs seriam práticas mais adequadas para formação médica. Isso pode ser observado a partir dos fragmentos discursivos a seguir, que denotam as MAs como: uma “estratégia inovadora, importante para formar um médico que responda às demandas sociais, isto é, um humanista e técnico competente” (MORÉ; GORDAN, 2004, p. 112); uma prática pedagógica “ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico, para efetivamente alcançar a formação do homem como um ser histórico, inscrito na dialética da ação-reflexão-ação” (MITRE, et al., 2008, p. 10); “uma metodologia capaz de tornar o discente um agente potencial de transformação social” (CEZAR, et al., 2010, p. 300).

O esforço em trazer esses fragmentos discursivos é para demonstrar o que há em comum entre eles, a saber, o fato de ilustrarem vontades de verdade (CORAZZA, 2004) sobre currículos médicos que partem do referencial das MAs. Dito de outro modo, o que há em comum é o modo como significam um currículo fundamentado pelas MAs, apresentando-o segundo uma lógica salvacionista e transcendental, advogando sua suposta capacidade de atender às necessidades e preencher as lacunas da educação médica no Brasil. Ainda perseguindo esses ditos, esse currículo seria capaz de revelar, por meio de uma suposta transcendência ou tomada de consciência, um/a profissional tal como proposto no currículo oficial do curso de graduação em medicina da UFAL,

tomado nesse trabalho como objeto de análise. Ao fundamentar sua proposta nas MAs e buscando atender as DCN's de medicina, esse currículo define que:

O Curso de Graduação em Medicina seguindo os seus objetivos de uma formação integral, humana, crítica e transformadora, propõe-se a formar o(a) médico(a) com o perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, com competência para atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação a saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a dignidade humana, a cidadania e a defesa da vida vulnerabilizada. (UFAL, 2017, p. 14)

Ao traçar esse perfil médico como desejado, o currículo mencionado parece pretender revelar um/a profissional em sua essência. Esse currículo demanda um perfil ideal de profissional médico/a, definindo que ele/a deve ser um **sujeito crítico, reflexivo, humanista, ético e transformador**. Essas adjetivações atribuídas ao/a egresso/a de medicina, quando somadas aos discursos da atenção integral em saúde e da responsabilidade e compromisso social, sugerem a constituição de um/a profissional médico/a do tipo **super-herói**. Os dizeres desse currículo fazem-nos crer que, se o/a egresso/a em medicina for capaz de deter as habilidades/atitudes/técnicas expostas, ele/a se tornará um/a profissional que estará apto/a a defender/salvar vidas vulnerabilizadas.

Entretanto, aprendi com a linguagem pós-crítica a enxergar a pretensiosidade e arbitrariedade embutida nas coisas, e a não mais cair na falácia de buscar uma essência nelas. Nesse sentido, olhar para os dizeres de um currículo, e em específico do currículo de medicina analisado neste capítulo, implica focalizar esses dizeres em sua produtividade e questionar a suposta autenticidade, superioridade e coerência que esse currículo advoga para si mesmo. Significa, portanto, recusar-se a aceitar a aparente despretensiosidade ou benevolência e transparência desse currículo para apostar em suas vontades de sujeito.

Assim, ao analisar um currículo, e de modo específico, o currículo de medicina tomado para análise neste capítulo, busquei desconfiar de sua intencionalidade e estar à espreita da natureza de sua discursividade, pois ela é “arbitrária e ficcional, por ser histórica e socialmente construída” (CORAZZA, 2004, p. 20). Vale reiterar que esse caráter considerado arbitrário e ficcional está presente em diferentes currículos para formação profissional nas graduações do País (dentro e fora da área da saúde); contudo,

optei nesta tese por analisar apenas o caso de um currículo de graduação em medicina que está fundamentado nas MAs.

Portanto, ao direcionar esse modo de olhar para o currículo médico aqui analisado, passo a enxergá-lo como uma dentre tantas possibilidades em disputa para a educação médica; e o/a profissional médico/a que emerge dele deve ser compreendido/a como uma fabricação, uma invenção (no sentido de sua arbitrariedade e ficcionalidade) que se dá a partir de diferentes demarcações discursivas e não discursivas (FISCHER, 2001). Essa referida invenção leva a constituição de médicos/as posicionados/as, em que as tentativas de se buscar explicitar aquilo que fidedignamente caracterizaria esse/a profissional resultam na definição de regimes de verdades (CORAZZA, 2004) sobre o que vem a ser um/a médico/a.

Tais regimes de verdades estariam localizados no currículo oficial aqui analisado, previsto no PPC (por exemplo, quando esse define o perfil médico desejado, como mencionado anteriormente) e nas DCNs que orientam o mesmo (os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos/as apresentados na Resolução CNE/CES Nº 4, de 7 de novembro de 2001 e reiterados pela Resolução Nº 3, de junho de 2014, estabelecem o que vem a ser o/a profissional médico/a). Portanto, a verdade que sobressai dos discursos desse currículo não diz tudo, é um semi-dizer (CORAZZA, 2004), ou ainda “[...] o discurso qualificado como verdadeiro é aquele que se impôs sobre outros discursos, relegando-os ao terreno do falso e do ilusório, instaurando assim uma ordem” (CANDIOTTO, 2010, p. 51).

Aqui busco me afastar da ideia da origem e da essência de um/a profissional médico/a através de uma suposta tomada de consciência/transcendência, e me aproximar da compreensão de que esse/a profissional é efeito das relações entre poder e saber (SILVA, 1996) presentes nos discursos de um currículo médico fundamentado pelas MAs. Tais relações aparecem nesse currículo como formas de regulação e controle da conduta de profissionais médicos/as, que se estabelecem por meio da classificação e hierarquização de conteúdos (incorporando uns e excluindo outros) a serem adquiridos pelo/a egresso/a do curso.

Vale salientar que essa é uma característica que faz parte de qualquer construção curricular, independentemente do nível referido (seja na educação básica, seja na educação superior), e que o currículo de graduação em medicina aqui analisado não foge a essa regra. Essas formas de regulação e controle são observadas já a partir das DCNs de Medicina (inscritos na Resolução de 2001 e retomados pela Resolução de

2014), quando essas definem os conteúdos curriculares do PPC de graduação em Medicina, afirmando que:

Art. 23. Os conteúdos fundamentais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade e referenciados na realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em saúde (BRASIL, 2014, p. 10).

Ao chamar de fundamentais os conteúdos que seleciona, esse currículo acaba incluindo, em sua proposta, formas específicas de saberes e de conhecimentos, como aqueles previstos no Art. 6º da Resolução de 2001, retomados no Art. 23 da Resolução de 2014, que devem contemplar:

- I – conhecimento das bases moleculares e celulares dos processos normais e alterados, da estrutura e função dos tecidos, órgãos, sistemas e aparelhos, aplicados aos problemas de sua prática e na forma como o médico o utiliza;
- II – compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;
- III – abordagem do processo saúde-doença do indivíduo e da população, em seus múltiplos aspectos de determinação, ocorrência e intervenção;
- IV – compreensão e domínio da propedêutica médica: capacidade de realizar história clínica, exame físico, conhecimento fisiopatológico dos sinais e sintomas, capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob cuidado;
- V – diagnóstico, prognóstico e conduta terapêutica nas doenças que acometem o ser humano em todas as fases do ciclo biológico, considerando-se os critérios da prevalência, letalidade, potencial de prevenção e importância pedagógica;
- VI – promoção da saúde e compreensão dos processos fisiológicos dos seres humanos (gestação, nascimento, crescimento e desenvolvimento, envelhecimento e morte), bem como das atividades físicas, desportivas e das relacionadas ao meio social e ambiental;
- VII – abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos, vivências e reflexões sistematizadas acerca dos direitos humanos e de pessoas com deficiência, educação ambiental, ensino de Libras (Língua Brasileira de Sinais), educação das relações étnico-raciais e história da cultura afro-brasileira e indígena; e
- VIII – compreensão e domínio das novas tecnologias da comunicação para acesso a base remota de dados e domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira, que seja, preferencialmente, uma língua franca. (BRASIL, 2014, p. 10-11)

Ao definir esses conteúdos como adequados para a formação médica, esse currículo exclui outros conhecimentos ou os coloca como menos importantes em sua

proposta, como, por exemplo, os conteúdos “centrados na doença de forma individual e concreta” (FLEXNER, 1910, p. 1), previstos nas recomendações do Relatório Flexner. De acordo com Santos (1986), essas recomendações abordavam a doença como um processo natural, biológico, e não consideravam o social, o coletivo, o público e a comunidade como fundamentais para o ensino médico, e tampouco os viam como implicados no processo de saúde-doença.

Além de selecionar conteúdos (incluindo uns e excluindo outros), o currículo aqui em discussão faz questão de especificar com o que tais conteúdos deveriam estar relacionados: com saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade. Desse modo, ele impõe que os/as profissionais médicos/as devem realizar seus serviços tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas, sim, com a resolução do problema de saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Para garantir esse olhar ampliado do/a médico/a sobre o cuidado em saúde, as DCN's definem estratégias a serem incorporadas nos currículos médicos, objetivando conduzir a aquisição de habilidade e atitudes pelos/as egressos/as de medicina. Isso é observado nas determinações previstas no Art. 12 da Resolução de 2001, que, ao serem retomadas e reformuladas pela Resolução de 2014, definem (no Art. 29 do Cap. III dessa Resolução) que a estrutura do curso de Medicina deve:

VI - inserir o aluno nas redes de serviços de saúde, consideradas como espaço de aprendizagem, desde as séries iniciais e ao longo do curso de Graduação de Medicina, a partir do conceito ampliado de saúde, considerando que todos os cenários que produzem saúde são ambientes relevantes de aprendizagem (BRASIL, 2014, p. 12).

Aqui é válido apontar que, quando esse currículo pede a inserção dos/as alunos/as nas redes de serviço de saúde, ele não quer formar qualquer médico/a, mas formar um sujeito que não se restrinja ao isolamento de consultório particular. Essa determinação prevista no Art. 29 do Cap. III da Resolução de 2014 encontra-se materializada no currículo do curso de graduação em medicina aqui analisado, em sua matriz e organização curricular. Durante os primeiros quatro anos do curso (denominados de fundamentos da prática clínico-cirúrgica), essa matriz está dividida em quatro eixos/modalidades, sendo a Integração Ensino, Saúde e Comunidade (IESC) um desses eixos, visando garantir:

atividades desenvolvidas em cenários reais da comunidade e do SUS (unidades de saúde, hospitais, ambulatórios, etc) com o objetivo de fortalecer o aprendizado cognitivo e estabelecer uma aproximação do acadêmico com a população local, a fim de garantir uma assistência integral, respeitosa, ética, crítica e humanística, considerando o sujeito e o contexto no qual está inserido, sua cultura, sua crença, seus hábitos e seus costumes, e assim, proporcionar o desenvolvimento de habilidades e atitudes (UFAL, 2017, p. 52).

É possível observar nesse fragmento a ativação do discurso da contextualização no ensino, o qual permite que o currículo de medicina da UFAL se apresente como formador de uma aprendizagem engajada e possibilitadora de assistência integral. Vale salientar que **aprendizagem engajada** e **atuação integral** são aqui interpretadas como atributos de sujeito, são posições a serem ocupadas pelos sujeitos que esse currículo está a demandar.

Essas definições estabelecidas para/pelo currículo do curso de medicina da UFAL configuram-se, portanto, como estratégias de governo para posicionar o/a profissional médico/a, ou, dito de outro modo, para determinar qual o tipo de profissional é desejado/a pelo currículo. Portanto, é objetivo desse currículo governar, no sentido de conduzir modos de ser médico/a, ou, como vimos desde Foucault (1996a), produzir um sujeito autogovernável. Isso também pode ser expresso na ênfase que esse currículo dá tanto no emprego dos métodos de avaliação somativa quanto no uso daqueles de avaliação formativa do ensino e aprendizagem. Sobre a avaliação somativa, esta tem como objetivo:

determinar o grau de domínio do estudante em uma área de aprendizagem, o que permite outorgar uma qualificação, que, por sua vez, pode ser utilizada como sinal de credibilidade da aprendizagem realizada[...] A avaliação somativa tem a função de analisar se o estudante está apto para progredir durante o seu curso de graduação [...] Os instrumentos utilizados para a avaliação somativa nas diversas atividades didáticas podem ser assim delineados: Provas escritas objetivas [...]; provas escritas de caráter subjetivo [...]; provas escritas de caráter integrado. (IES, 2017, p. 187).

Observo aqui técnicas e estratégias de dominação acionadas pelo currículo analisado para dirigir a conduta dos/as estudantes de medicina. Essas técnicas são utilizadas para medir o rendimento da aprendizagem discente e classificar esses/as discentes ao fim de um período de aprendizagem (semestre ou módulo), de acordo com a existência ou não de aproveitamento (podendo o mesmo ser satisfatório ou

insatisfatório). Tais técnicas buscam, portanto, adequar a aprendizagem discente às exigências para a formação médica, estabelecidas no/pelo currículo.

Ao descrever a avaliação formativa, são destacados nesse currículo alguns instrumentos, tais como: o *feedback* a ser realizado pelo/a tutor/a acerca do desempenho dos/as estudantes em suas atividades; a elaboração de portfólios como instrumentos que possibilitam estabelecer um diálogo com os/as docentes, e vice-versa, sobre os avanços, as dificuldades, as angústias dos/as discentes; e a autoavaliação discente sobre suas atividades de ensino e aprendizagem<sup>43</sup>. No que diz respeito à autoavaliação discente, essa é entendida como um processo em que,

[...] só passa a ter significado quando permite ao discente pensar sobre o próprio processo de aprendizagem. Esse exercício desenvolve a compreensão das fragilidades e amplia a consciência do estudante sobre a sua relação com o pensar e o fazer, possibilitando maiores chances de transpor as dificuldades (UFAL, 2017, p. 190).

Quando esse currículo defende que cada um/a avalie sua progressão na aprendizagem, ele não está apenas falando de avaliação: ele toma a avaliação como objeto para requerer um tipo de sujeito. E que tipo de sujeito é esse? Ora, se esse sujeito precisa ser **engajado** em sua aprendizagem (como visto nas observações anteriores) e precisa também, agora, se engajar em sua avaliação, é porque esse currículo está demandando, com essas duas exigências (da aprendizagem e da avaliação), um tipo de sujeito *coach de si*. Tal posição corresponde a um sujeito capaz de gerenciar o desenvolvimento de sua formação e atuação, isto é, um sujeito que investe em sua “capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho” (BRASIL, 2001, p. 2).

Observo aqui o desejo desse currículo por formar um tipo de profissional médico/a dotado de capacidade de autonomia e autogestão da aprendizagem. Para tanto, esse currículo tem investido no uso das MAs, uma vez que, de acordo com a literatura, são muitas as possibilidades de MAs “com potencial de levar os alunos a aprendizagem para a autonomia” (BERBEL, 2011, p. 30). Dentre as modalidades de MAs trabalhadas no currículo aqui em análise, é enfatizado o uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), a qual se constitui como o eixo principal do aprendizado técnico-científico nessa proposta curricular.

---

<sup>43</sup> Estes instrumentos, em específico a autoavaliação e o *feedback*, são retomados e analisados no Capítulo 5 desta tese, sob a ótica do poder pastoral.

Como visto até aqui, o currículo analisado deseja tipos de sujeitos múltiplos e específicos, disponibilizando posições a serem ocupadas (ou não) pelos/as estudantes do curso de medicina da UFAL. O/a *coach de si* é uma dessas posições de sujeitos que, inclusive, será bastante necessária em futuros contextos de atuação do setor público de atenção à saúde, em que muitas vezes sobram problemas e faltam recursos, demandando do/a profissional médico/a autonomia, iniciativa, criatividade e jogo de cintura.

Contudo, cabe enfatizar que, considerando as posições de sujeitos apresentadas aqui, não posso afirmar que um currículo oficial previsto nas DCNs irá formar médicos/as posicionados/as de tal maneira. A subjetivação não se constrói apenas a partir de um currículo oficial previsto nas diretrizes curriculares ou no uso de MAs; ela deve ser compreendida e constituída “na relação consigo mesmo que renasce sempre, em vários lugares e sob múltiplas formas” (CORAZZA, 2004, p. 62). Ademais, como lembra Foucault (1995, p. 248), “não há relação de poder sem resistência”; assim, é importante deixar claro que não há controle sobre a produção de sujeitos demandados pelos discursos de um currículo. Os efeitos desses discursos são também sempre múltiplos, heterogêneos e variados, o que me leva a compreender que as posições de sujeitos demandadas pelos mesmos não são fixas.

### **3.3 Como avançar com a pesquisa sobre a produção de sujeitos no currículo investigado?**

O esforço analítico despendido até aqui me permitiu compreender um currículo fundamentado nas MAs para além da ideia de instrumento envolvido em processos de transmissão, reprodução ou revelação de metodologias e sujeitos em sua essência. Aprendi que, em um cenário pós-crítico, um currículo está envolvido em processos tanto de constituição e posicionamento de sujeitos como de contestação e transgressão a essas posições. Busquei, portanto, ir além do significado transcendental atribuído ao currículo médico fundamentado pelas MAs, onde, desde a perspectiva crítica de currículo, se pode compreender que essas metodologias seriam capaz de fazer revelar (através de um processo de transcendência ou tomada de consciência) um/a profissional médico/a ‘ideal’.

Meu interesse não esteve centrado em discutir o que pode ser feito a partir desse currículo, mas sim, o que esse currículo faz, pois ele produz significados, fabrica coisas e arquiteta modos de subjetivação (CORAZZA, 2001). Observei com a análise

desenvolvida neste capítulo, que modos de subjetivação são arquitetados pelo currículo de medicina da UFAL, na medida em que esse currículo deseja tipos de sujeitos específicos. Vi que para isso, são disponibilizadas pelo currículo analisado, posições de sujeitos (a serem ocupadas ou não por aqueles/as que se submetem a ele) múltiplos e específicos, como o tipo de sujeito **super-herói** e o *coach de si*.

O desejo em avançar com a investigação sobre a produção desses tipos de sujeitos engendrados no currículo de medicina da UFAL me fez pensar nas seguintes interrogações: Com base em que saberes e formas de raciocínio esse currículo produz efeitos de verdade relativo a um/a profissional médico/a crítico/a, reflexivo/a, humanista/a, ético/a e transformador/a? Que mecanismos de poder estão em jogo ao se afirmar que pretende formar um/a médico/a com essas habilidades e atitudes específicas? Que estratégias e tecnologias são mobilizadas para posicionar discentes – futuros/as profissionais médicos/as? De que modo essas estratégias e tecnologias de subjetivação são acionadas para construir tais posições a partir desse currículo? É com a intenção de percorrer estas questões que busco no capítulo seguinte analisar o biopoder acionado pelo dispositivo da medicina engajada para normalização das condutas de discentes do curso de medicina da UFAL. A pretensão é colocar em cena as maquinações pelas quais o/a profissional médico/a é fabricado/a.

## CAPÍTULO 4

### **Discente ativo/a e medicina engajada: produções biopolíticas de um dispositivo na formação médica**

Hoje em dia, discentes dos cursos de graduação em medicina no Brasil têm sido cada vez mais instados/as a participar e engajar-se em seus processos de aprendizagem. Essa convocação é oficializada já nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação em medicina, onde está previsto que o Projeto Pedagógico deve estar centrado no/a aluno/a e apoiado no/a professor/a (BRASIL, 2014)<sup>44</sup>. Buscando atender a essas solicitações, Instituições de Ensino Superior (IEs) têm se empenhado para promover um tipo de ensino que pressupõe um/a estudante de medicina protagonista de seu aprendizado. Para tanto, as IEs têm fundamentado seus currículos médicos no uso de Metodologias Ativas (MAs)<sup>45</sup>, uma vez que entendem/acreditam ser possível garantir a participação ativa do/a discente pelo uso das mesmas.

Nesse contexto em que o sucesso acadêmico parece requerer maior engajamento discente<sup>46</sup>, as MAs tem ganhado destaque, produzindo um fascínio sob aqueles/as que a elas se submetem. Desde a literatura sobre educação médica no Brasil, esse fascínio em torno das MAs é expresso em termos de: “um modelo educacional que não busca apenas a reorientação no que se refere à aquisição de conhecimentos e ao desenvolvimento das habilidades técnicas, mas que possibilite o exercício de habilidades sociais, de ações críticas e éticas...” (CRUZ, et al., 2019, p. 42); “uma filosofia curricular [...] considerada uma solução para a melhoria da qualidade do processo de ensino-aprendizagem” (MEIRELES; FERNANDES; SILVA, 2019, p. 69). Nesse sentido, para além de fundamentarem diferentes proposições curriculares em todo

---

<sup>44</sup> Sobre a íntegra dessa afirmativa, isto é, como ela é apresentada no documento/DCNs, ver Capítulo 2 dessa tese.

<sup>45</sup> Para uma leitura mais detalhada sobre as MAs, o que são e o que levou a emergências dessas no campo da Educação Médica, ver França Junior e Maknamara (2019).

<sup>46</sup> Martins e Ribeiro (2017), fundamentadas em Kuh (2009) sobre o conceito de engajamento, afirmam ser esse um termo representativo de duas perspectivas diferentes: a primeira, sob a ótica do/a estudante, onde “engajamento é representado por construtos como a qualidade e quantidade do esforço e envolvimento em atividades de aprendizagem e o seu desenvolvimento pessoal”; e a segunda, conforme a perspectiva da instituição de ensino, onde “o conceito envolve elementos como as políticas e estratégias adotadas no sentido de envolver seus alunos em atividades acadêmicas tendo como objetivo final também a sua aprendizagem” (MARTINS; RIBEIRO, 2017, p. 228). Com esse entendimento, o engajamento aparece como produto da interação entre a motivação (aspecto individual, subjetivo dos/as estudantes) e a aprendizagem ativa e colaborativa (contexto acadêmico/institucional), o que estaria, segundo Coats (2009), intrinsecamente relacionado ao sucesso acadêmico.

o Brasil, entendi que as MAs, elas mesmas em seus discursos, constituem um currículo para a educação médica: afinal, “quando informações, aprendizagens, sentimentos e pensamentos são articulados, está-se compondo o texto de um currículo” (MAKNAMARA, 2020a, p. 59) e seus efeitos podem ser vistos em diferentes dimensões do currículo aqui investigado.

Seja como modelo educacional, seja como filosofia curricular, o fascínio pelas MAs dá-se a ver em currículos médicos e nos sujeitos que a eles correspondem. França Junior e Maknamara (2020), ao problematizarem os discursos presentes no currículo formal de medicina da Universidade Federal de Alagoas (UFAL/Campus de Arapiraca), apontam que o mesmo não foge a esse deslumbre. Baseado nas DCNs para os cursos de graduação em Medicina (BRASIL, 2014), esse currículo tem investido em uma formação fundamentada pelas MAs. Contudo, vale reiterar (tal como fora evidenciado no Capítulo 2 desta tese) que os mesmos estudos que reproduzem tal fascínio indicam também existir uma carência de dados fundamentados que deem sustentação a uma suposta afirmativa garantia de eficácia e efetividade de currículos fundamentados nas MAs (GOMES; REGO, 2011). Ou seja: trata-se de um discurso cuja força é tal que currículos e sujeitos da formação médica o têm assumido mesmo admitindo que sequer dispõem de dados para melhor avaliar alguns de seus efeitos.

Mesmo colocando à prova sua eficácia e efetividade, as MAs têm conseguido estabelecer-se como uma verdade para a formação médica. Desde uma analítica foucaultiana isso se torna possível haja vista que “a dominância de um discurso não depende propriamente de sua cientificidade, mas de condições de possibilidades arqueogenealógicas, fundamentalmente políticas” (DANZIATO; MARTINS, 2018, p. 49), que estabelecem uma economia política dos discursos<sup>47</sup>. Essa economia, quando observada desde o currículo de medicina da UFAL, é, portanto “muito mais discursiva do que científico-metodológica” (DANZIATO; MARTINS, 2018, p. 50). Trata-se de uma relação de poder-saber (FOUCAULT, 2003b) cujos efeitos de verdade não são propriamente questões de descoberta científica relacionada à eficácia e efetividade de currículos médicos fundamentados nas MAs: trata-se daquilo que conta como eficácia, como efetividade e como passível de descobrimento em se tratando desses currículos.

---

<sup>47</sup> Foucault (2008b) refere-se a economia política como sendo “uma espécie de reflexão geral sobre a organização, a distribuição, e a limitação dos poderes numa sociedade. A economia política é, a meu ver, o que possibilitou assegurar a autolimitação da razão governamental.” (FOUCAULT, 2008b, p. 19). Essa economia dos discursos indica “sua tecnologia intrínseca, as necessidades de seu funcionamento, as táticas que instauram, os efeitos de poder que os sustentam e que veiculam” (FOUCAULT, 1976/1999a, p. 67).

Desse modo, é possível afirmar que a dominância discursiva que permite a localização dos saberes e das práticas das MAs em um lugar privilegiado na enunciação da verdade sobre educação médica advém de uma economia política dos discursos. **Neste capítulo argumento** que tal economia é sustentada no currículo de medicina da UFAL pelas estratégias do dispositivo da medicina engajada, que tem nas MAs uma de suas principais linhas de força, isto é, uma de suas principais estratégias de operação.

Significo o dispositivo da medicina engajada como um dispositivo normalizador, isto é, um dispositivo que “busca colocar (todos) sob uma norma já estabelecida e, no limite, sob a faixa de normalidade (já definida por essa norma)” (VEIGA-NETO, 2006, p. 35-36). Esse dispositivo é encarregado do controle e governo dos corpos e das subjetividades, que insiste em investir sobre a condição singular do/a discente de medicina em direção a uma lógica biopolítica universalizante. Dito de outro modo, esse dispositivo articula normalização disciplinar<sup>48</sup> e tecnologias biopolíticas para, no currículo de medicina da UFAL, materializar o/a discente ativo/a e engajado/a, figuras capazes de formar contingentes de médicos/as considerados/as ideais, isto é, profissionais que estejam, supostamente, mais aptos/as a prestar um cuidado amplo e irrestrito à saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Nessa direção, **este capítulo tem como objetivo** analisar o investimento discursivo desse dispositivo na normalização (FOUCAULT, 2008a) das condutas de discentes do curso de medicina da UFAL. A ênfase da análise aqui pretendida recai sobre os procedimentos discursivos de assujeitamento, de apreensão e investimento tácito do biopoder sobre os corpos discentes e sobre a forma mesma de ser médicos/as, mostrando a maquinação através da qual esse/a profissional é inventado/a. Vale salientar que, ao centrar o foco da análise no nível do biopoder, não pretendo enfatizar uma segregação dos elementos que compõe o dispositivo ou das tipologias de poderes que por ele são acionadas para posicionar discentes. O que pretendo é tornar possível uma análise minuciosa e em profundidade das relações de poder no âmbito de uma biopolítica, isto é, uma análise mais detalhada da atuação das técnicas do biopoder na fabricação do/a discente ativo/a e na formação médica.

É importante frisar ainda, como orientado por Silva (2014), que a evidenciação das rupturas, dos combates em torno das produções de sujeitos, dos saberes e das práticas não se restringem a uma analítica do nível de poder aqui referido – biopoder –,

---

<sup>48</sup> Foucault (2008a) refere esse termo às tentativas de conformar as pessoas – em termos de seus gestos e ações – a um modelo geral previamente tido como a norma.

ou desse dispositivo. Com essa afirmação não pretendo ignorar as especificidades e os desdobramentos relativos a outros níveis de poder ou a outras estratégias ou tecnologias acionadas na produção de sujeitos no currículo investigado, tais minúcias ultrapassam os objetivos da discussão apresentada nesse capítulo.

Cabe apontar que o corpus da investigação é constituído pelos ditos em circulação no currículo oficial e em ação<sup>49</sup> do curso de graduação em medicina da UFAL, bem como nas sessões de grupos focais realizadas com discentes do referido curso. Esses ditos foram analisados mediante emprego de elementos da análise do discurso de inspiração foucaultiana<sup>50</sup>.

Para dar conta do objetivo deste capítulo, opto por utilizar como referencial algumas ferramentas teóricas e analíticas foucaultianas, a saber: governo, dispositivo e biopoder. Interessa-me, com o uso dessas ferramentas, “examinar e dissecar o mais microscopicamente possível” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p. 951) o que é dito e o que é feito no plano das práticas curriculares vivenciadas pelos/as discentes do curso de medicina da UFAL, e que foram relatados durante a pesquisa. Para tornar mais clara a tarefa aqui pretendida, compus o texto em quatro tópicos, além dessa introdução. No tópico primeiro descrevo as ferramentas teórico-analíticas de que lanço mão nesse capítulo, buscando mostrar em que consistem e para que podem servir cada uma delas; no segundo tópico analiso o investimento do dispositivo da medicina engajada sobre as condutas de discentes de medicina da UFAL; no terceiro potencializo a ideia do currículo de medicina acionando esse dispositivo, evidenciando seus elementos, funcionamento e efeitos; no quarto e último tópico apresento algumas considerações sobre a análise aqui desprendida e aponto como busquei seguir com a investigação aqui em tela.

#### **4.1 Governo, dispositivo e biopoder: explorações conceituais**

Neste capítulo, assim como nesta tese como um todo, é imprescindível o entendimento de que está em curso na educação médica do Brasil, nas últimas décadas, a produção de práticas de governo. Tai práticas consistem em constituir os/as discentes como sujeitos ativos e engajados, para que eles/as possam ser governados/as,

---

<sup>49</sup> Seguindo definição de Santos e Paraíso (1996), por currículo oficial me refiro ao Projeto Pedagógico do Curso, e o currículo em ação corresponde a documentos como o caderno/guia do/a professor/a.

<sup>50</sup> Para uma análise mais detalhadas dos aspectos metodológicos da pesquisa, ver Capítulo 1 dessa tese.

isto é, torna-los/as alvos das ações de governo. Para chegar a essa compreensão, é preciso primeiro entender o uso que faço da palavra governo. Como recomendado por Veiga-Neto (2005), uso o vocábulo governo em vez de governo para evitar a ambiguidade que esse último possa provocar: de ser pensado, por um lado, como “*instituição* do Estado que centraliza ou toma, para si, a caução da *ação* de governar”, e por outro como “uma *ação* ou *ato* de governar” (p. 82), comumente mencionado pela perspectiva foucaultiana.

Tal como referenciei o conceito de governo nos capítulos 1 e 3 dessa tese, o termo governo é usado aqui para referir “todo o conjunto de ações de poder que objetivam conduzir (governar) deliberadamente a própria conduta ou a conduta dos outros” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p. 952), ou, em outras palavras, “que visam estruturar o eventual campo de ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 244). E na medida em que poder<sup>51</sup> é compreendido como “ações sobre as condutas, sobre as possibilidades de ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 244) - uma ação sempre apoiada em saberes -, o governo pode manifestar-se como resultado dessas ações. O governo é, portanto, “a manifestação ‘visível’, ‘material’, do poder” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p.).

Ao definir o governo desse modo, passo a usar essa ferramenta conceitual para compreender que o currículo de medicina da UFAL exerce uma gestão governamental (FOUCAULT, 2007) que tem nos/as discentes do curso seu alvo principal. Dito de outro modo, através de estratégias e técnicas de poder o currículo aqui investigado regula o campo de ação possível da formação médica, conduzindo cada discente no sentido dessa ou daquela prática, desse ou daquele comportamento, para então posicioná-los como sujeitos ativos e engajados. Conforme Fimyar (2008, p. 4), esse esforço para “criar sujeitos governáveis através de várias técnicas desenvolvidas de controle, normalização e moldagem das condutas das pessoas” é o que Foucault (2008a) irá denominar de Governamentalidade<sup>52</sup>.

---

<sup>51</sup> Como orientado por Foucault (2014), entendo o poder em sua positividade, em sua vertente produtiva, em sua capacidade de conduzir as ações dos sujeitos, e não como função exclusivamente repressiva. Nesse sentido, é possível observar no currículo de medicina da UFAL um conjunto de ações (técnicas de regulação, por exemplo) que atuam sobre as condutas dos/as estudantes, no sentido de regula-las, normatiza-las, de governa-las.

<sup>52</sup> A governamentalidade é definida por Foucault (2008a) como “um campo estratégico de relações do poder, no que elas têm de móvel, de transformável, de reversível” (p. 241). Ao basear-se no pensamento de Foucault, Machado (1992) aponta que o conceito de governamentalidade designa as práticas de governo ou de gestão governamental que “tem na população seu objeto, na economia seu saber mais importante e nos dispositivos de segurança seus mecanismos básicos” (p. 23).

Aqui parto do pressuposto de que essa regulação/controle – essa governamentalidade - exercida no currículo investigado tem no dispositivo da medicina engajada seu mecanismo fundamental. Vale salientar que, quando falo em dispositivo me refiro ao “conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas” (FOUCAULT, 2014, p. 364). Como observado, o dispositivo engloba o dito e o não dito, isto é, elementos discursivos e não-discursivos<sup>53</sup>. Ele é “a rede que se pode estabelecer entre esses elementos” (FOUCAULT, 2014, p. 364). Maknamara (2011, p. 69) diz ser a própria palavra dispositivo bastante sugestiva, afirmando que o mesmo “dispõe algo em uma organização peculiar, dentro de uma racionalidade particular”, objetiva cuidar para que “esta ou aquela finalidade possa ser alcançada” (FOUCAULT, 2008a, p. 132).

Desde essa perspectiva, o dispositivo deve ser entendido como “um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante” (FOUCAULT, 2014, p. 365). Esse é o caso do dispositivo da medicina engajada, que emerge como resposta à urgência da produção de discentes ativos e engajados capazes de atender às exigências de uma formação médica voltada ao cuidado amplo e irrestrito à saúde. Nesse sentido o currículo de medicina da UFAL deve ser compreendido a partir das táticas de governo que controla a formação médica por esse dispositivo. E ao tomar o grupo de discentes como sujeitos políticos, como coletividades sobre as quais devem incidir diferentes estratégias de poder, o currículo de medicina adentra o campo da biopolítica.

Partindo da noção foucaultiana sobre o termo, Maknamara (2011) diz ser a biopolítica “uma forma de organização e racionalização do poder que ambiciona integrar no plano coletivo, fenômenos e questões individuais, tomando a população como seu correlato e administrando-a em profundidade, sutileza e detalhe” (p. 99). Assim Foucault (1999b) caracteriza sua emergência:

---

<sup>53</sup> Aqui devo esclarecer que, ao tomar o dispositivo como “práticas elas mesmas, atuando como um aparelho, uma ferramenta, constituindo sujeitos e os organizando” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 135), não estou lidando com “uma estrutura fechada organizada, cujos elementos em jogo estão previamente dados, mas, antes, com aquilo que é da ordem do imprevisível, da ordem da criação: o acontecimento.” (MARCELLO, 2014, p. 211).

As disciplinas lidavam praticamente com o indivíduo e com seu corpo. Não é exatamente com a sociedade que se lida nessa nova tecnologia de poder [...] É um novo corpo: corpo múltiplo, corpo com inúmeras cabeças, se não infinito pelo menos necessariamente numerável. É a noção de “população”. A biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder [...]. (FOUCAULT, 1999b, p. 292-293).

Dirigindo-se a uma população, “o Estado biopolítico governa pessoas, não como súditos submetidos a um poder central, mas indivíduos que participam de modo ativo da produção da vida coletiva” (GALLO, 2017, p. 86). Scisleski e Guareschi (2011) indicam que Foucault apresenta diversos níveis de abrangência de governo, podendo ir do nível do biopoder ao cuidado de si. No âmbito da biopolítica, as práticas de governo são exercidas mediante acionamento de um tipo de poder, o biopoder. Ao ser compreendido como um nível de abrangência de governo, o biopoder refere-se aos “procedimentos que, mesmo tomando cada indivíduo em suas particularidades espaciais e temporais, têm como objetivo promover a vida da coletividade na qual o indivíduo se insere; trata-se de uma coletividade que a partir daí vai ser entendida como uma população” (VEIGA-NETO; LOPES, 2007, p. 955). É importante destacar que para um controle/gestão mais efetiva dessa coletividade/população, ocorre nesse nível de abrangência de governo, uma articulação entre técnicas disciplinares e técnicas de regulamentação. Estabelece-se assim,

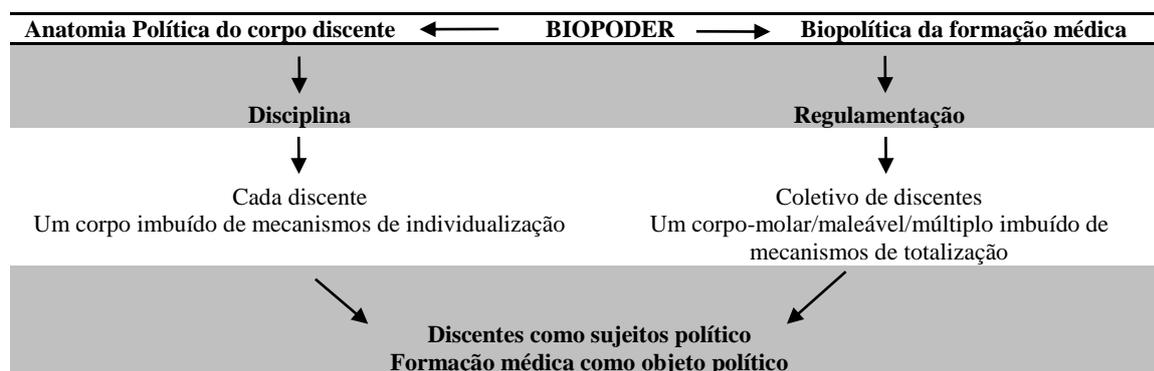
... dois conjuntos de mecanismos complementares e articulados entre si, que ocupam esferas diferentes: na esfera do corpo, o poder disciplinar, atuando por meio de mecanismos disciplinares; na esfera da população, o biopoder atuando por intermédio de mecanismos regulamentadores. Tais esferas situam-se em polos opostos mas, não antagônicos: num polo, a unidade; no outro, o conjunto. [...] A norma é a que articula os mecanismos disciplinares com os mecanismos regulamentadores. (VEIGA-NETO, 2016, p. 73-74).

Observo aqui a articulação entre tecnologias disciplinares, chamadas de “anátomo-política do corpo humano” (FOUCAULT, 1999a, p. 151), com as tecnologias de regulamentação – chamadas de “biopolítica da população” (FOUCAULT, 1999a, p. 152). Observo ademais, um elemento comum que transita entre uma tecnologia e outra, “e que possibilita a manutenção do equilíbrio entre a ordem disciplinar do corpo e a ordem aleatória da população” (POGREBINSCHI, 2004, p. 48). Esse elemento é a

norma, “que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar” (FOUCAULT, 1999b, p. 302).

Partindo dessa premissa – de que no biopoder o governo atua simultaneamente na vida do indivíduo e na vida da população -, e inspirado na proposta do diagrama bipolar do biopoder<sup>54</sup> de Rose (2013), proponho ser possível pensar um esquema, ou mesmo, um diagrama bipolar do biopoder ativado na formação médica. Delineio esse esquema na figura 01 a seguir.

**Figura 01:** Diagrama bipolar do biopoder ativado na formação médica



Fonte: Elaboração própria a partir de Rose (2013) e de Scisleski e Guareschi (2011).

A leitura do diagrama acima possibilita compreender como o biopoder é acionado no currículo de medicina da UFAL pelo dispositivo da medicina engajada, para um governo das condutas dos/as discentes. Dito de outro modo, o diagrama auxilia na análise sobre a produção de discentes ativos pelas estratégias do biopoder. Assim como configurado no diagrama, será observado na análise desprendida aqui, que as práticas de ensino e aprendizagem do currículo médico da UFAL ensinam sutilezas quanto ao que cada corpo discente deve ser capaz de fazer (acionando para tanto técnicas disciplinares) para ser reconhecido como um tipo de médico específico e desejado pelo currículo (tornado possível através da regulamentação ativada no mesmo).

Gallo (2017) ao buscar pensar os elementos da subjetivação no contexto da biopolítica, indica que “uma subjetivação biopolítica passa, necessariamente, por uma afirmação de si no ato de ser conduzido. Em outras palavras, o biopoder constitui

<sup>54</sup> Inspirado no pensamento de Foucault (1999a) sobre o biopoder, Rose (2013) propõe um diagrama bipolar do biopoder e apesar de chamar esse esquema de bipolar, “não significa que a questão esteja subordinada a uma lógica bipartida ou dicotômica, mas sim a algo que se produz simultaneamente, associando as tecnologias disciplinares [...] com as tecnologias de regulamentação” (SCISLESKI; GUARESCHI, 2011, p. 89).

sujeitos para governá-los. Sermos sujeitos é nossa maneira de sermos governados em termos biopolíticos.” (p. 85). Vale salientar que, no biopoder, essa afirmação de si (pela qual a subjetividade individual se constitui) “é sempre atravessada pelo modo de subjetivação coletiva, isto é, a forma da referência de um si a um nós” (NETO, 2007, p. 136). Assim, ao acionar o biopoder através do dispositivo da medicina engajada, o currículo de medicina da UFAL disponibiliza a posição de sujeito discente ativo/a compatível com o tipo de profissional médico/a que ele deseja formar. Nesse sentido, é possível afirmar que, ser e se reconhecer como um/a discente ativo/a é a maneira de o/a mesmo/a ser governado/a em termos biopolíticos. Esse/a discente ativo/a é pensado/a nesse capítulo como sujeito do biopoder (GALLO, 2017).

Na análise aqui desprendida busco captar essa produção (entendida como processos de subjetivação) entre discentes pesquisados/as, analisando as forças que possibilitam aos/as mesmos/as tornarem-se sujeitos discentes ativos/as por meio de investimentos discursivos sobre seus corpos individualmente e sobre suas vidas coletivamente. Essa análise será realizada nos tópicos a seguir.

#### **4.2 Investimentos em normalização disciplinar e a produção do/a discente ativo/a/engajado/a em medicina**

Para regular a formação médica e produzir o/a discente ativo/a, o currículo de medicina da UFAL tem investido – através do dispositivo da medicina engajada - em uma normalização disciplinar, no sentido de colocar todos/as os/as egressos/as do curso sob a norma de serem **ativos/as/engajados/as** em seus processos formativos. Para promover essa normalização disciplinar, são acionadas – nos discursos que sobressaem no currículo - **técnicas como participação e protagonismo**, através das quais esse currículo vem conseguindo disciplinar corpos discentes no sentido de torná-los dóceis e úteis, isto é, aptos a serem regulados, normalizados e governados. Dito de outro modo, o dispositivo da medicina engajada convoca discentes a serem **participativos/as e protagonistas** da própria formação, constituindo assim, a posição de sujeito **discente ativo**.

Sobre os termos participação e protagonismo, Leal e Sales (2019) indicam que, apesar de existir uma relação muito próxima entre os mesmos (em muitos casos sendo usados como sinônimos), é possível observar uma distinção em seus usos. Isso se deve à etimologia do termo protagonismo - *protagnostés* “significava o ator principal do teatro

grego, ou aquele que ocupava o lugar principal em acontecimento” (FERRETI; ZIBAS; TARTUCE, 2004, p. 413). Tendo em vista essa origem, “muitas/os autoras/es preferem utilizar a noção de ‘participação’, a fim de garantir a ideia de participação democrática, evitando o destaque do ‘protagonismo’ singular ou ator principal” (FERRETI; ZIBAS; TARTUCE, 2004, p. 413). É baseado nessa distinção que opto por fazer uso dos dois termos: o primeiro (participação) para indicar o modo democrático como os/as discentes são instados a participar das práticas acadêmicas consideradas de engajamento; o segundo (protagonismo) para enfatizar o destaque que cada um/a deles/as deva alcançar nesse processo, a fim de tornar-se o tipo de sujeito discente ativo desejado pelo currículo.

Esse posicionamento – sujeito **discente ativo** – tem **a participação** como sua marca constitutiva, conforme observável no modelo pedagógico do curso, que está centrado no aluno como sujeito da aprendizagem (UFAL, 2017). A partir desse modelo são utilizadas várias MAs, sendo possível observar o privilégio da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no currículo de medicina da UFAL. Essa metodologia tem por base a sessão ou grupo tutorial, que é realizada com a participação do/a tutor/a e seus/suas alunos/as (sempre em pequenos grupos). Um/a dos/as alunos/as é eleito/a coordenador/a em cada sessão e deverá “desestimular a monopolização ou a polarização das discussões entre poucos membros do grupo” e “encorajar a participação ativa de todos” (UFAL, 2018, p. 13).

Aqui observo um método ativo requerendo do/a discente a sua participação na construção do conhecimento. Essa participação/engajamento é confirmada em falas de discentes registradas durante realização de sessão de grupo focal, quando esses/as dizem que: “na tutoria a gente formula e discute os objetivos de estudo com base nos casos disponibilizados pelo professor, e nós mesmos somos quem planejamos o que vamos estudar, mas claro, tudo sob a supervisão do professor, e se a gente fugir do assunto, ele puxa a gente de volta” (Disc. 2, 6º P)<sup>55</sup>. Nessa passagem, a participação discente na construção do conhecimento se efetiva na medida em que os/as mesmos/as elaboram os objetivos de estudo e planejam o que vão estudar. Esse processo é seguido da mediação do/a professor/a/tutor/a, que tem o papel de supervisionar e puxar o/a aluno/a caso esse/a fuja do tema sugerido para discussão.

---

<sup>55</sup> Respeitando os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos quanto ao anonimato dos/as discentes participantes das seções de grupo focal, utilizou-se para a identificação dos excertos o termo “Disc.” (discente) seguido do respectivo numeral que o representa - estendendo-se de acordo com o número de participantes das seções de grupo focal - e o referido período acadêmico em que esse discente se encontra.

Para esse tipo de discente, está em cena o tipo de **docente**<sup>56</sup> **reflexivo/a**, que segundo Coutinho e Sommer (2011) tem suas marcas na “tradição escolanovista encapsulada no [...] Construtivismo Pedagógico” (p. 79). Vale evidenciar que o PPC de medicina da UFAL incorpora elementos do discurso do/a professor/a reflexivo/a na medida em que determina como um de seus princípios gerais, que “as estratégias pedagógicas e recursos de ensino favoreçam a autoaprendizagem, motivem os alunos para a busca ativa de informações” e que essas estratégias e recursos estejam baseadas em “evidências seguidas de discussões, reflexão e propostas de intervenção” (UFAL, 2017, p. 71). Dito de outro modo, ao determinar como orientação para a participação e autoaprendizagem discente, o princípio metodológico geral da ação-reflexão-ação (UFAL, 2017), o PPC aciona o discurso do/a professor/a reflexivo/a e passa a requerer esse tipo de docência dentro do currículo de medicina.

Nesse contexto, é destacada a tarefa do/a professor/a “não como uma autoridade moral e transmissora de conhecimentos, mas como uma figura cujo papel principal é cuidar do outro que é o aluno. Especificamente, a experiência do mestre se converte em cuidar do processo de cultivo de si do estudante” (MOTA, 2018, p. 40). Esse cuidado é entendido aqui como uma mediação na construção do conhecimento, um direcionamento da conduta discente em seu processo de participação e autoaprendizagem. Nesse sentido, o/a professor/a do tipo reflexivo/a requerido/a pelo currículo do curso de medicina da UFAL pode ser tomado como objeto de governo e o seu ofício como uma arte de governar.

Vale apontar ainda que essa mediação/condução é colocada na fala de discentes como requisito para que a participação seja de fato efetivada, tal como registrado no excerto a seguir, quando se afirma que “essa abertura que temos para participar, essa liberdade que temos para pesquisar e incrementar aquela discussão só é possível porque o próprio professor tem uma abertura para aceitar nossas colocações” (Disc. 2, 6º P). Ademais de ser colocada como fundamental para a efetivação da participação discente, essa mediação não acontece de qualquer modo, como indicado no seguinte trecho:

---

<sup>56</sup> Apesar de não ter me debruçado em campo para investigar o processo de subjetivação docente (essa foi uma decisão metodológica atrelada à pesquisa de campo), é possível afirmar o tipo de professor/a desejado pelo currículo de medicina da UFAL – que corresponde ao/a aluno/a ativo/a -, a partir de análise de documentos, como o próprio PPC. Contudo, saber como esse tipo de professor/a está sendo posicionado no currículo é outra questão, a qual requer uma análise mais complexa e um contato maior com as estratégias e técnicas de governo acionadas pelo referido currículo. Nesse sentido, fica aqui a indicação pela continuidade da investigação sobre processos de subjetivação docente no currículo de medicina da UFAL.

Os professores são muito abertos com a gente, [...] há um equilíbrio, o professor já não está em um patamar mais alto onde o aluno fique com vergonha de expor suas dúvidas, ou de perguntar ou de afirmar, ‘professor, não é melhor ir por esse caminho?’, pelo contrário, os professores sempre se colocam em um mesmo nível, eles estão abertos a qualquer crítica que a gente venha a fazer (Disc. 3, 6º P).

Nesse trecho de fala é possível perceber que o processo de mediação desejado e aplicado pelo currículo da UFAL é baseado em uma relação horizontalizada entre o/a professor/a/tutor/a e os/as discentes, em uma tentativa de aproximar-se ao que Freire (1987) definiu como ‘prática educativa dialógica’<sup>57</sup>. Observo aqui o modo como a técnica da participação (LEAL; SALES, 2019) define como deve ser estabelecida a relação entre professor/a e aluno/a, constituindo o entendimento de que, se o/a professor/a atuar como mediador/a, o/a estudante poderá agir de maneira ativa e será corresponsável por sua aprendizagem. Como técnica de governmentação, observo também, de modo mais detalhado, como a participação vem corrigindo a postura desses/as discentes para adequá-los/las à regra de serem **ativos/as em seus processos de aprendizagem**, tal como se confirma no seguinte relato:

A participação pelo método da ABP ajuda muito a você se colocar como um sujeito ativo não só na faculdade, mas fora dela também, a gente percebe nosso desempenho, tanto numa conversa com amigos, lá fora a gente já conversa de um jeito diferente, a gente já não tem mais tanta preocupação em expor a nossa opinião, [...] na família, as vezes eu mesma antes de vir para aqui eu me sentia muito induzida pelas opiniões e pessoas da família, quando eu cheguei aqui não, eu comecei a me posicionar e tomar decisões. As vezes eu ficava até com vontade de retrucar, mas eu não tinha essa coragem ou disposição de chegar e falar o que eu estava sentindo, e hoje eu já me sinto bem mais livre para fazer isso. Eu acho que isso ajuda muito ao aluno a sair de um meio inativo onde só recebe, para uma posição ativa onde ele também está construindo o conhecimento (Disc. 2, 6º P).

Aqui a técnica da participação é acionada pelo discurso das MAs para corrigir a postura discente, fazendo com que esses/as aprendam a se posicionar e tomar decisões e expressar opiniões, e que segundo a fala do/a discente, se aplica tanto dentro como fora da faculdade. Então temos em cena um discurso (da participação/engajamento) que, a

---

<sup>57</sup> Um tipo de relação entre educador/a e educando/a fundamentada na participação desses/as no processo de construção do conhecimento, onde o diálogo é definido como “o encontro em que se solidarizam o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não pode reduzir-se a um ato de depositar ideias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes”. (FREIRE, 1987, p. 91).

pretexto de que o ensino e a aprendizagem sejam ativos, não apenas disciplina os indivíduos como também faz com que estabeleçam outras relações consigo mesmos. Isso significa que o efeito dessa técnica transcende os muros da Universidade, fazendo com que cada corpo discente seja permanentemente trabalhado de modo a suportar e abrigar performances (BUTLER, 2001) de um sujeito ativo. Seguindo essa linha de pensamento, é possível afirmar que os atos dos sujeitos discentes ativos aqui destacados podem ser considerados como citações<sup>58</sup> de verdade estabelecidas para o que venha a ser o/a **profissional médico/a engajado/a**, capaz de exercer competências como a liderança, tal como definido no PPC do curso:

[...] no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais médicos deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz (UFAL, 2017, p. 48).

Ao requerer do/a futuro/a profissional médico/a a competência de ser **líder** e envolver nessa tarefa tantos outros atributos - **ter responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, comunicação e gerenciamento** -, o dispositivo da medicina engajada dispõe - ademais da participação - de outras técnicas de governo como o **protagonismo**. Há incitações no sentido de o/a estudante se tornar **protagonista** da sua própria formação, como se pode observar no Guia do/a Professor/a (UFAL, 2018), quando ao descrever a aula invertida<sup>59</sup>, indica que esse método visa

colocar o estudante como protagonista do processo de educação e promover uma aprendizagem cada vez mais ativa e colaborativa. [...] A concepção é trazer aulas menos expositivas e promover o engajamento, em oposição ao tradicional modelo do aluno passivo diante do professor (UFAL, 2018, p. 17).

---

<sup>58</sup> Reis (2011) ao trabalhar com essa concepção atribui a mesma ao pensamento de Butler (2001). Essa autora, por sua vez, apropriou-se dos conceitos de performatividade e citacionalidade - originários dos pensamentos de Austin (1990) e Derrida (1991) respectivamente - para desenvolver a noção de que atos corporais, atos de fala reiterados podem ser considerados citações, “que não são apenas obras do sujeito que fala e age [...]; também são performativos, no sentido de que são práticas *reiterativas* e *citacionais* que produzem aquilo que nomeiam, regulam e constroem. [...] Dizer sobre um corpo é, ao mesmo tempo, um ato que produz adicionalmente esse corpo” (REIS, 2011, p. 30).

<sup>59</sup> A sala de aula invertida corresponde a um dos ditos métodos ativos de ensino propostos pelo currículo de medicina da UFAL. Seu conceito “traz como novidade para o ambiente da educação a distância a inversão do modelo de ensino. A ideia é proporcionar ao aluno os conteúdos de maneira oposta à tradicional, com um processo de absorção da disciplina em casa, por meio de material disponibilizado online em uma plataforma EAD, para só então buscar o auxílio de um profissional com domínio do assunto” (UFAL, 2018, p. 17).

Ao acionar o protagonismo, o currículo de medicina investe no discurso de superação do modelo tradicional de ensino, focando em uma aprendizagem mais ativa e colaborativa, e transformar o/a aluno/a no ator/atriz principal desse processo. Para transformar o/a discente nesse/a ator/atriz principal, essa técnica investe em características específicas que cada um/a deve adquirir, como **ser autônomo/a e responsável pelo seu aprendizado**, tal como observado no relato a seguir,

Com a ABP eu aprendi muito a estudar sozinha e acho que as tutorias me ajudaram muito com isso, de não depender dos professores para buscar o conhecimento, mas procurar por mim mesma, em livros, artigos, na internet e ser responsável por aquilo que eu tenho que aprender. Hoje a gente é praticamente autodidata, o professor fala na aula um conteúdo que nunca vimos, eu vou chegar em casa e vou saber estudar aquilo ali, é só pesquisar na internet, pedi uma indicação de livro, eu vou conseguir aprender. [...] A gente aprende desde o início a ter autonomia, você aprende a buscar o conhecimento por si só, a tomar a frente de algumas coisas, e como todo e qualquer processo de aprendizagem, você precisa se desconstruir para você poder receber aqueles novos conhecimentos. [...] As vezes você pode se sentir um pouco perdido e sozinho, mas não necessariamente você está. Acho que você aprende a ter autonomia desse jeito, ninguém aprende a ter autonomia agarrado na saia de ninguém. [...] O curso e o método colocam muito isso em prática na nossa vida, nos nossos estudos, em tudo (DISC 3, 6º P).

Nesse trecho é possível evidenciar como a técnica<sup>60</sup> do protagonismo é acionada para produzir **discentes responsáveis pelo seu aprendizado e autônomos/as para buscar o conhecimento**. Tal processo de busca por si mesmo leva esses/as discentes a se afirmarem como **autodidatas**, ou como relatado em outro trecho, “na ABP a gente se torna realmente um **administrador e gestor** de nossas próprias vidas” (DISC 2, 6º P). Todos esses atributos - **de ser autônomo/a, responsável, autodidata, administrador/a e gestor/a** - são interpretados aqui como posições de um **sujeito ativo** que esses/as discentes vêm ocupando, em um processo caracterizado por esses/as mesmos/as discentes como sendo de desconstrução<sup>61</sup>. Entendo essa desconstrução como um

<sup>60</sup> *Técnicas* são operadores de poder, exprimem a porção mais direta, incisiva e factual da própria relação de poder: são o instrumental por meio do qual *a coisa acontece*, são da ordem do efeito/resultado do poder (MAKNAMARA, 2014).

<sup>61</sup> Vale a pena enfatizar que esse termo não tem aqui o mesmo sentido de desconstrução originalmente dado por Jacques Derrida. Esse autor utilizou o termo para significar “a deposição decomposição de uma estrutura. Em sua definição derridiana, remete a um trabalho do pensamento inconsciente (‘isso se desconstrói’), e que consiste em desfazer, sem nunca destruir, um sistema de pensamento hegemônico e dominante. Desconstruir é de certo modo resistir à tirania do Um, do logos, da metafísica (ocidental) na

processo de correção e aperfeiçoamento da postura discente pela técnica do protagonismo, a qual procura localizar em um corpo uma postura coerente, que possa falar pelo tipo de médico/a requerido/a pelo currículo, isto é, um/a **médico/a engajado/a**.

Interessante observar também que, ademais de corrigir postura, essa técnica consegue positivar práticas, como a do sentir-se perdido/a e sozinho/a. Sobre isso, vale apontar que mesmo se sentindo solitário/a e perdido/a frente a tarefa de ser **autônomo/a e responsável** por seu aprendizado, um/a discente/a como o **sujeito ativo/a** demandado/a pelo currículo aqui em questão dificilmente estará sozinho/a na tarefa biopolítica de constituir um/a **médico/a engajado/a**. Isso porque “fomentar proximidades é fundamental ao tipo de poder que funciona articulando indivíduos uns aos outros por meio de aspectos de suas vidas” (MAKNAMARA, 2011, p. 111).

Nesse sentido, o currículo aqui investigado será ainda mais eficiente se conseguir inserir os/as discentes de medicina na estratégia de positivar a prática de ser autônomo/a e responsável. E ele consegue: essa tarefa biopolítica prossegue incidindo sobre os/as discentes do curso, quando todos esses atributos associados ao discurso do aprender por si mesmo/a se tornam rotineiros na vida desses/as discentes. O relato a seguir confirma esse apontamento:

a gente passa dois anos usando as MAs, então já não conseguimos chegar hoje e nos comportar como sujeitos passivos, a gente aprende a construir o nosso próprio conhecimento, a ser responsável por isso [...] ao ponto de que a gente vai em conferências ou congressos e a gente fica agoniada esperando o momento da participação. Aquele monólogo já não funciona (DISC 2, 6º P).

Esse excerto evidencia o/a **discente ativo/a** sendo constituído rotineiramente como efeito de técnicas, a exemplo da participação e o protagonismo, as quais integram o dispositivo biopolítico da medicina engajada e exercem sobre a formação médica uma intervenção que me faz lembrar a concepção foucaultiana sobre o policiamento<sup>62</sup>

---

própria língua em que é enunciada, com a ajuda do próprio material deslocado, movido com fins de reconstruções cambiantes” (DERRIDA; ROUDINESCO, 2004, p. 9).

<sup>62</sup> Foucault (2004a), ao relatar em O nascimento da clínica sobre a passagem da medicina classificatória para uma medicina das epidemias, afirma que essa última só podia existir se acompanhada de uma polícia, no sentido de se exercer uma intervenção constante e coercitiva: “vigiar a instalação das minas e dos cemitérios, obter, o maior número de vezes possível, a incineração dos cadáveres, em vez de sua inumação, controlar o comércio do pão, do vinho, da carne, regulamentar os matadouros, as tinturarias, proibir as habitações insalubres; seria necessário que depois de um estudo detalhado de todo o território, se estabelecesse, para cada província, um regulamento de saúde para ser lido ‘na missa ou no sermão,

(FOUCAULT, 2004a). Ao buscar essa proximidade, a faço de modo análogo para potencializar a ideia de que a experiência de fabricação do/a **discente ativo/a** em medicina só adquire plena significação se for reforçada por uma intervenção constante (de informação, controle e coação). Tal intervenção tem sido levada a cabo através de atributos (acionados pelas técnicas da participação e do protagonismo) como **tomar decisões, expressar opiniões, ser autônomo/a e responsável**. Esses, por sua vez, vêm funcionando no currículo da UFAL como preces que, independente dos recursos pessoais de adaptação<sup>63</sup> (ANGELI; LOUREIRO, 2001), cada discente deve conseguir recitar.

Observo a partir da análise desprendida até aqui que, nesse processo onde as técnicas da participação e do protagonismo exercem um policiamento sobre a formação médica, se presencia uma responsabilização do/a discente sobre seu processo de aprendizagem “como se houvesse uma homogeneidade no interior do grupo de estudantes” (LEAL, 2017, p. 137). Contudo, “embora os/as estudantes possuam características comuns, há variações nas condições de vida deles, alertando-nos acerca de uma possível visão homogênea sobre os discentes” (LEAL; SALES, 2019, p. 13). Isso me faz entender que o efeito das técnicas da participação e do protagonismo não incida com a mesma frequência sobre todos/as os/as discentes do curso de medicina da UFAL. E de fato isso não ocorre! Os fragmentos a seguir, registrados durante realização do grupo focal com esses sujeitos, comprovam esse argumento:

- Eu gostaria que a metodologia fosse outra por um bom tempo, que fosse bem passiva (Disc., 4, 6ºP);
- Se eu pudesse mudar algo no nosso curso, implementaria uma metodologia mista (Disc., 5, 6ºP);
- Existem certas coisas que a gente não consegue aprender sozinhos, e nessas coisas eu sinto a necessidade que alguém me explique. É aí onde a gente sente a necessidade de uma metodologia mista (Disc., 6, 6ºP);
- Para mim o que funcionaria seria um meio termo, nem todo MAs nem todo metodologia tradicional. Um método misto seria ideal (Disc., 7, 8ºP);

---

todos os domingos e dias santos’, e que diria respeito ao modo de se alimentar, de se vestir, de evitar as doenças, de prevenir ou curar as que reinam: ‘Estes preceitos seriam como as preces que mesmo os mais ignorantes e as crianças conseguem recitar’” (FOUCAULT, 2004a, p. 28)

<sup>63</sup> Angeli e Loureiro (2001) indicam que em um currículo orientado pelas MAs, o desempenho discente está condicionado, em parte, pelos recursos pessoais de adaptação, e referem esses recurso a características de personalidade como independência, determinação, senso de responsabilidade, desinibição, capacidade de comunicação e de organização.

Essas afirmativas foram proferidas por alguns/mas discentes ao serem questionados/as sobre o tipo de formação que está sendo implementada pelo currículo no o qual estão inseridos/as e ‘se gostariam que houvesse outro tipo de preparação?’. O discurso das MAs também produz em alguns/mas discentes o desejo por um método bem passivo ou misto, o que confirma a resistência desses/as a participarem e serem protagonistas de seus processos de aprendizagem. Isso tem levado esses sujeitos a buscarem outros métodos de aprendizagem que não as MAs, como apontado nos excertos a seguir:

- Hoje ainda temos uma resistência a esse método, por mais que queira que o mesmo seja ativo, a gente continua indo buscar conteúdo em vídeo aula, pois é uma forma mais rápida e fácil de aprender, então acaba sendo por métodos tradicionais, só que de maneira indireta (Disc., 8, 8ºP).

- [...] por mais que a gente tenha a ABP, a gente procura outra metodologia tradicional por trás, como uma vídeo aula, um slide, para mim é como se o melhor fosse juntar os dois métodos. Eu posso estudar sozinha em casa, ler um livro todo, mas aquele livro traz uma enxurrada de informações, e a vídeo aula traz o que você precisa saber para o seu conhecimento e para a vida (Disc., 9, 8ºP).

Apesar dos esforços do currículo de medicina da UFAL em fazer com que os/as discentes sejam **participativos/as** e **protagonistas** na construção de seus próprios conhecimentos, as falas registradas acima reiteram, além do desejo, o modo como esses/as mesmos/as discentes vêm recorrendo a métodos ditos tradicionais de aprendizagem. Aqui observo que o mesmo discurso que demanda sujeitos ativos produz também seus contrapontos, posições de sujeitos bastante ativas em recusar aquele tipo de atividade preconizada, um modo de ser ativo fora da posição de atividade prevista naquele discurso. Isso me faz crer que ademais da posição de sujeito **discente ativo**, outras posições vêm sendo disponibilizadas no currículo aqui investigado, como a do **discente passivo**, um tipo de discente que prefere receber o conhecimento por métodos como vídeo-aula ou slides, do que participar e ser protagonista da construção do mesmo.

Dito isso, compreendo que, a despeito de toda uma lógica acionada na produção do sujeito discente ativo, é possível localizar posição de sujeito de um discente passivo sendo desejada e ocupada no currículo de medicina da UFAL. Esse outro modo de ser discente é aqui encarado também como uma produção discursiva. Devo reiterar que no presente capítulo centro minha análise nas estratégias do biopoder para subjetivar os/as

discentes de medicina da UFAL como sujeitos ativos. No contexto do dispositivo da medicina engajada, esses/as discentes são assujeitados/as, mas como evidenciado, isso abre panorama para que eles/as atuem sobre si mesmos/as.

A questão é que a abrangência desse assujeitamento deixa cada vez menos brecha para que os/as discentes de medicina da UFAL possam interferir naquilo que são. A maquinaria do biopoder os enreda “em teias cada vez mais complexas, de modo a praticamente não enxergar saídas” (GALLO, 2017, p. 89). As resistências<sup>64</sup> são possíveis, mas dificilmente escapam às estratégias do dispositivo e às forças do biopoder que atuam sobre a vida coletiva dos/as discentes, no sentido de pensa-los/as como uma população. Portanto, as posições de sujeitos do/a discente ativo aqui evidenciadas, forjadas para o plano individual (no poder disciplinar) são possíveis graças a um dispositivo que articula o disciplinar com o biopolítico, cujos elementos, funcionamento e efeitos busco descrever no tópico a seguir.

#### **4.3 Dispositivo da medicina engajada no currículo de medicina da UFAL: entre discursos, estudos, regulamentações, e organizações arquitetônicas**

Para potencializar a ideia do currículo de medicina da UFAL acionando o dispositivo da medicina engajada e compreender o investimento deste dispositivo sobre as vidas dos/as discentes, isto é, sua dimensão biopolítica, passo a apresentar nesse tópico uma miríade de elementos, sejam eles considerados discursivos ou não. Ao trabalhar com a noção de dispositivo, minha preocupação não é indicar o que é discursivo e o que não é, pois concordo com Foucault (2007) em não acreditar que “seja muito importante fazer esta distinção, a partir do momento em que meu problema não é linguístico.” (FOUCAULT, 2007, p. 141). O que importa aqui é explicitar as forças que integram e se articulam no dispositivo da medicina engajada e concorrem para indicar o que é qualificável para a formação médica. Afinal, se todo dispositivo “é uma rede cuja composição trabalha a favor de efeitos específicos de poder” (MAKNAMARA, 2011, p.

---

<sup>64</sup> A resistência ao poder deve ser entendida “não como a antítese do poder, não como o outro do poder, mas como o outro numa relação de poder” (VEIGA-NETO, 2016, p. 123). Me eximo de analisar, nesse capítulo, a ideia de resistência, mesmo sabendo que ela possui um papel central no tratamento que o tema do poder recebe na obra de Foucault. Apesar disso, a despeito de sua presença contínua no corpo da obra, concordo com Pogrebinski (2004) em afirmar ser uma noção mais central na segunda fase do trabalho de Foucault, quando esse orienta o problema do sujeito pelas técnicas de si, separando a análise da problemática do biopoder, o que Gallo (2017) caracterizou como sendo uma virada subjetiva – transição de um sujeito do biopoder para um sujeito ético. Desse modo, opto por não analisar o tema da resistência nesse capítulo, em coerência ao seu escopo de focar na temática do biopoder.

129), importa não perder de vista que o dispositivo da medicina engajada é mais um tipo de dispositivo pedagógico, ou seja, um dispositivo que “cuida da aprendizagem calculada dos efeitos desejados no âmbito de uma racionalidade atrelada a determinado dispositivo, ensina indivíduos a tornarem-se sujeitos dotados daquilo que o poder quer” (MAKNAMARA, 2020b, p. 144).

Vale destacar que tais elementos, constitutivos do dispositivo aqui referido, tem como razão/objetivo em comum a vontade de produção de uma população específica de médicos/as. E para facilitar a visualização dessa profusão de elementos, os apresento em subtópicos específicos, a saber: Discursos de formação e de atuação médicas; Estudos e regulamentações (programas, leis) em prol de espaços de formação e de atuação médica; e Elementos arquitetônicos.

#### *Discursos de formação e atuação médicas*

No tocante à questão específica da formação, é importante destacar que as iniciativas<sup>65</sup> para promover mudanças da formação médica no Brasil guardam em comum o fato de apostarem na articulação ensino-serviço e na implementação das MAs nas propostas curriculares como estratégias pedagógicas ditas mais adequadas. Como argumentado por Matias et al (2019, p. 119), essas ações apostaram em

estratégias pedagógicas voltadas à diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem desde o primeiro período, fortalecendo a orientação das DCNs, que colocavam para o SUS o papel de receber os graduandos já nos períodos iniciais do curso. Outra aposta pedagógica referia-se à utilização de metodologias ativas de ensinoaprendizagem, especificamente a Aprendizagem Baseada em Problemas, como modo de colocar o graduando como protagonista de sua formação.

Além do apelo à articulação entre as instituições de formação e a arena de trabalho (SUS), nota-se aqui o grande mote do discurso das MAs na formação médica, o que significa que os esforços dessas iniciativas incidem também sobre o nível das práticas pedagógicas. Isso demonstra que para se promover as mudanças requeridas na educação médica e formar o tipo de médico/a engajado/a, não é suficiente aproximar a

---

<sup>65</sup> Aqui me refiro a um conjunto de Programas e Leis criados pelo Estado brasileiro para promover mudanças desejadas na educação médica do País, a saber: O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed); o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde); e o Programa Mais Médicos que foi transformado em uma política de Estado pela Lei nº 12.871/2013.

formação ao trabalho por meio de aspectos formais do currículo (antecipando estágios na grade, diversificando disciplinas práticas, etc.). É necessária também uma intervenção no coração do próprio currículo, promovendo mudanças tanto no modelo de organização curricular quanto nos conhecimentos e práticas desse dito novo currículo de formação.

Observo aqui o fato de que, as tentativas de mudanças curriculares induzidas pelas iniciativas governamentais também são elemento de reiteração do fascínio pelo discurso das MAs na formação médica. Foi precisamente esse fascínio, associado ao conjunto de ações/intervenções do Estado, o que incidiu sobre os rumos da implantação do currículo do curso de medicina da UFAL/Campus de Arapiraca. Esse currículo, ao basear-se nas DCNs (BRASIL, 2014), centra a formação em campos de saber e de prática vinculados a discursos da saúde coletiva, da atenção básica e da saúde da família<sup>66</sup>, por exemplo, indicando que

Desde o primeiro período, os estudantes estão inseridos na rede de atenção primária – Estratégia de Saúde da Família –, onde entrevistam as famílias e as acompanham durante todo ano, levantando as necessidades de saúde, participando de ações de prevenção de doenças em conjunto com as equipes de saúde. [...] Assim, desde o início do curso, o estudante tem contato com o sistema de saúde vigente no país, com a atenção integral da saúde, [...] com importância do trabalho em equipe multidisciplinar, com os diferentes processos de saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado a realidade epidemiológica incluindo os aspectos de saúde ambiental e de políticas de educação ambiental, portanto, diferentes aspectos profissional e ético que proporcionam a integralidade das ações do cuidar em medicina (UFAL, 2017, p. 70).

Aqui é possível observar discursos como o da lógica preventiva, da multidisciplinaridade e da integralidade disputando importância para a formação médica. Sobre o primeiro, é válido apontar que o deslocamento dos aspectos curativos para uma lógica preventiva não representou necessariamente uma ruptura com a medicalização nem com a perspectiva biomédica (GOMES; MERHY; FERLA, 2018). Pelo contrário, eles tentam garantir “la creación de las condiciones no solo para combatir las enfermedades, sino para prevenirlas” (CASTRO, 2007, p. 133). Esse discurso da prevenção se sobrepõe no currículo de medicina da UFAL de modo a

---

<sup>66</sup> Quando analisamos as DCNs de Medicina de 2014 (resolução pela qual está fundamentado o currículo de medicina da UFAL) em comparação com as de 2001, é possível observar a centralidade que esses campos de saber e prática ganham na formação médica (CAMPOS; PEREIRA JÚNIOR, 2016). Alguns desses campos são ampliados, como a saúde coletiva, e outros são introduzidos de forma inédita, como a atenção básica.

requerer um tipo de médico que esteja capacitado a orientar a população sobre modos saudáveis de se viver, um **médico engajado** com a otimização da vida via prevenção de doenças.

Quanto aos discursos da multidisciplinaridade e da integralidade, os mesmos são acionados no currículo de medicina da UFAL, e estão articulados, na medida em que o trabalho em equipe multidisciplinar é pensado como uma estratégia que orienta e possibilita a realização de assistência integral (ALVARENGA et al., 2013). E essa, por sua vez, aparece como um horizonte da atuação futura do/a profissional médico/a, que deve levar em consideração tanto práticas curativas como prevenção de doenças.

Esses discursos se cruzam no currículo para pronunciar: o sistema de saúde vigente no país como campo de práticas adequado para a formação médica; a atenção primária e saúde da família como campos de saberes prioritários para se formar um/a médico/a capaz de lidar com os problemas de saúde do cidadão, da família e da comunidade; e promover um cuidado integral em saúde (UFAL, 2017). Esses discursos visam constituir um tipo de **médico dito competente** (CIUFFO; RIBEIRO, 2008) que seja capaz de integrar “conhecimento, posturas, valores, atributos, habilidades e consciência clara sobre os contextos social, político, econômico e cultural; saber conviver em grupo e com diferenças interpessoais [...] avaliar novas situações e enfrentá-las com criatividade” (p. 127). Constata-se até aqui como os discursos da prevenção, da multidisciplinaridade e integralidade passam a ser objeto de governo, e falar em uma formação médica que atenda a esses princípios, é falar de uma população que deve ser governada. Isso me leva a problemática da biopolítica enquanto estratégia de governo, que no currículo de medicina da UFAL vem administrando modos específicos da formação médica.

Somado a esses discursos, concorre ainda para a formação médica na UFAL os discursos da espiritualidade e religiosidade, que são materializados na disciplina eletiva Religiosidade, espiritualidade e saúde (UFAL, 2017). Vale ressaltar que, diferente dos outros temas aqui apontados, a discussão da espiritualidade e da religiosidade na formação médica não está prevista nas DCNs (BRASIL, 2014). Apesar disso, Lucchetti (2013) afirma que algumas iniciativas nessa área têm sido observadas, e em pesquisa realizada com oitenta e seis escolas médicas no Brasil, quatro relataram a realização de um curso obrigatório de Espiritualidade/Religiosidade, cinco tiveram um curso eletivo e nove tiveram cursos específicos dedicados ao tema (LUCCHETTI, 2013).

Mesmo não estando previsto nas DCNs, escolas médicas têm defendido como importante acrescentar os temas da espiritualidade e religiosidade à matriz curricular, com o intuito de “garantir ao profissional médico uma efetiva abordagem do assunto com o paciente” (COSTA, et al., 2019, p.01). Se até pouco tempo saberes ligados a discursos espirituais e religiosos eram desautorizados na formação médica, vê-se que recentemente são apresentados sob um presumido empirismo que coloca seus princípios terapêuticos no glorioso lugar de cientificamente comprovado. Baseado em mais de cem estudos que dizem comprovar os benefícios da espiritualidade para a saúde mental e física dos pacientes, o Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia criou a diretriz que trata da espiritualidade e fatores psicossociais em medicina cardiovascular (SBC, 2019). De acordo com esse documento, “um número expressivo e crescente de evidências demonstra associação entre os índices de espiritualidade e de religiosidade [...] com qualidade de vida” (SBC, 2019, p. 51).

Esse status de cientificidade atribuído à espiritualidade e religiosidade, tem garantido legitimidade a esses discursos para falar sobre o tipo de médico/a a ser formado/a pelo currículo de medicina da UFAL. Ademais de suas relações com o científico, outros fatores tem concorrido para que esses sejam discursos autorizados a entrar no currículo, a saber: o novo lugar de discursos religiosos em nossa sociedade e na política (para ilustrar esse fato, lembremos que no atual governo federal do Brasil a Ministra da Mulher, Família e Direitos Humanos, Damare Alver, critica a teoria da evolução e defende religião nas escolas<sup>67</sup>); a chegada de grupos religiosos à instituições científicas (temos como exemplo o atual diretor da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES –, o evangélico Benedito Guimarães Aguiar Neto, que defende a abordagem educacional do criacionismo em contraponto à teoria da evolução<sup>68</sup>).

Estamos, portanto, falando das condições de possibilidade para que os discursos da espiritualidade e religiosidade sejam aceitos e então concorram para formação

---

<sup>67</sup> Segundo informação disponibilizada pelo portal eletrônico de informações G1, a ministra Damare Alver proferiu que “a igreja evangélica perdeu espaço na história. Nós perdemos o espaço na ciência quando nós deixamos a teoria da evolução entrar nas escolas, quando nós não questionamos, quando nós não fomos ocupar a ciência... E aí os cientistas tomaram conta dessa área”. Informação publicada no dia 09 de janeiro de 2019, e disponível em: <https://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2019/01/09/ministra-damare-se-envolve-em-nova-polemica-a-teoria-da-evolucao.ghtml> Acessado em diferentes datas.

<sup>68</sup> Informação publicada no dia 24 de janeiro de 2020, e disponível em: <https://revistaforum.com.br/politica/novo-diretor-da-capes-defende-criacionismo-em-contraponto-a-ciencia/> Acessado em diferentes datas.

médica. Assim, para se tornar o tipo de médico/a desejado/a pelo currículo de medicina da UFAL, o/a discente precisa aprender a abordar a espiritualidade e religiosidade que venha compor as singularidades do/a paciente. Ou seja: saber lidar com esse fator em um processo terapêutico, para que possa dar novas respostas consideradas legítimas aos anseios de um paciente, passa a ser uma competência demandada ao/a profissional médico/a e remete àquilo que Foucault (2001b) fala a respeito das relações entre assujeitamento ao olhar clínico e imperativos de normalização. Em outras palavras, ao concorrerem para a constituição de uma medicina engajada, os discursos da espiritualidade e religiosidade são elementos a mais nas artes de governar exercidas pelos saberes médicos.

No que se refere à organização curricular, o currículo aqui em questão preferiu “investir em aprendizagem ativa ao invés de métodos passivos [tradicionais] de ensino” (UFAL, 2017, p. 15), fato que o faz reproduzir o discurso das MAs na formação médica. Quando direciono o olhar para discentes submetidos a esse currículo, é possível observar a força desse discurso na medida em que esses/as discentes, ao relatarem suas experiências com as MAs, afirmam que: “no início eu não gostava, depois não é que eu comecei a amar o método? [...] Comecei a me acostumar e a perceber que ele trazia muitos benefícios para o aprendizado” (Disc. 1, 4º P); “no início é muito difícil adaptar as MAs [...] hoje a gente vê que isso é necessário para nossa formação” (Disc. 2, 6º P).

De uma relação que vai do amor pelas MAs a uma necessidade destas para a formação médica, essas falas mostram ademais da eficácia do discurso das MAs, as forças do dispositivo da medicina engajada para capturar discentes. Dito de outro modo, as falas em destaque evidenciam a relação entre esse dispositivo e a produção de uma população como efeito dos discursos das MAs. Essa coletividade que interessa ao biopoder, um conjunto de indivíduos que são pensados coletivamente como “uma unidade descritível, mensurável, conhecível e, por isso mesmo, governável” (VEIGANETO; LOPES, 2007, p 955), se torna facilmente visualizada nesse grupo de discentes. Quando os/as mesmos/as entendem essas MAs como necessárias à formação médica ou dizem que com elas estabelecem uma relação de amor, no mínimo significa que as regulamentações (programas e leis criados pelo Estado brasileiro para promover mudanças na educação médica) do dispositivo estão funcionando a contento, estão produzindo os tipos de sujeito que o dispositivo quer. É sobre essas regulamentações (aqui entendidas como elementos do dispositivo da medicina engajada) que busco discutir e evidenciar no subtópico seguinte.

*Estudos e regulamentações (programas e leis) em prol de formação e de atuação médica.*

Os discursos que sobressaem no currículo de medicina da UFAL estão apoiados em um conjunto de estratégias e correlações de forças (FOUCAULT, 2007), isto é, em um jogo de forças e interesses que integram e se articulam no dispositivo da medicina engajada para sustentar modos ditos certos ou mais adequados de ensinar, de aprender e de tornar-se médico/a. A leitura sobre o contexto das estratégias de mudança da formação médica no país (MATIAS, et al., 2019) orienta para o fato de que esse jogo de forças e interesses tem sido atualizado nas últimas duas décadas no Brasil por programas e políticas governamentais. Essas ações interventivas do Estado sobre a formação médica têm sido mobilizadas para superação de uma suposta inadequação/limitação na formação médica quando fundamentada pelo modelo biomédico. Vale reiterar que esse modelo de formação

Está centrado na doença, em sua dimensão individual e biológica, foi consolidado a partir do relatório Flexner [...] focando o currículo somente na aprendizagem em laboratórios e hospitais, não incluiu a dimensão psicossocial e coletiva do processo saúde-doença-atenção, distanciando-se das necessidades da população e da organização dos sistemas de saúde (MATIAS, et al., 2019, p. 117).

Os esforços do Estado têm sido de avançar nos processos formativos médicos “para que sejam críticos e propositivamente comprometidos com a defesa e o aprimoramento do modelo de atenção preconizado no SUS e pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs)” (MATIAS, et al., 2019, p. 116). Nesse movimento de relativização das forças do modelo biológico e agenciamento de mudanças na formação médica<sup>69</sup>, várias iniciativas já emergiram, tais como: O Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas (Promed) lançado em 2001 e ampliado em 2005 através do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) instituído em 2008 como consequência dos avanços do Pró-Saúde; e o Programa Mais Médicos criado em 2013 e transformado em uma política de Estado pela Lei nº

---

<sup>69</sup> É nesse contexto de supostas limitações e necessidade de mudanças que o dispositivo da medicina engajada emerge/sobressai no campo da educação médica no Brasil.

12.871/2013. Por meio dessa Lei ficou estabelecido que todas as escolas médicas do Brasil deveriam implantar as novas DCNs (BRASIL, 2014) até o fim de 2018 (SILVA JUNIOR; ANDRADE, 2016). Todos esses programas e leis constituem o dispositivo da medicina engajada, mas não são a totalidade de seus elementos.

Esse conjunto de regras e leis constitui uma rede discursiva que está apoiada em outros elementos como: discursos de formação e atuação médicas (analisados no tópico anterior); uma estatística que tenta evidenciar a necessidade de mais médicos no Brasil, isto é, uma suposta insuficiência que chegou a gerar, no período de 2002 a 2012, uma demanda reprimida de cinquenta mil profissionais, uma vez que dos cento e quarenta e três mil novos postos de trabalho, apenas noventa e três mil foram ocupados (BRASIL, 2015); uma suposta necessidade de ocupação, por parte desses profissionais, de espaços geográficos mais remotos, de regiões ditas prioritárias para o SUS, cujo fim seria “reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”<sup>70</sup> (BRASIL, 2013, p. 1); e também na necessidade de que os médicos em formação desenvolvam seu conhecimento tendo por base “a realidade de saúde da população brasileira”, sendo preciso para isso, “ampliar a inserção do médico em formação nas unidades de atendimentos do SUS” (BRASIL, 2013, p. 1).

Temos, portanto, um conjunto de elementos discursivos que assinalam para a necessidade de se formar mais médicos/as no Brasil, orientando sobre o lugar geográfico e o campo de atuação futura que esses/as profissionais devem ocupar. Ademais, esses elementos indicam a que deve estar relacionado o conhecimento médico e que tipo de espaço é considerado mais adequado para formação. Ou seja: aos programas e leis supracitados associam-se discursos, estudos estatísticos, regulamentações, normativas, escolhas de espaços considerados adequados para a formação, delimitação de espaços para atuação. Todos esses elementos vão ajudando a compor a rede discursiva da qual é composto esse dispositivo voltado a constituir não uma medicina qualquer, mas aquela considerada engajada. Uma medicina forjada entre noções de urgência e de exigência, cujo objetivo é formar um contingente de médicos/as do tipo engajados/as, profissionais ditos/as mais competentes. Para o alcance desse

---

<sup>70</sup> Segundo informações do estudo Demografia Médica no Brasil 2015, “as capitais das 27 unidades da federação reúnem 55,24% dos registros de médicos, mas a população dessas cidades representa apenas 23,80% do total do país. De outro lado, todo o interior – 5.543 municípios, excluindo-se as capitais – tem 44,76% dos médicos enquanto sua população soma 76,2% do total nacional. Essa diferença reflete diretamente na razão de médicos por 1.000 habitantes: as capitais têm taxa de 4,84, enquanto no interior há 1,23 médico por 1.000 moradores, diferença de quatro vezes entre um e outro” (SCHEFFER, 2015, p. 50).

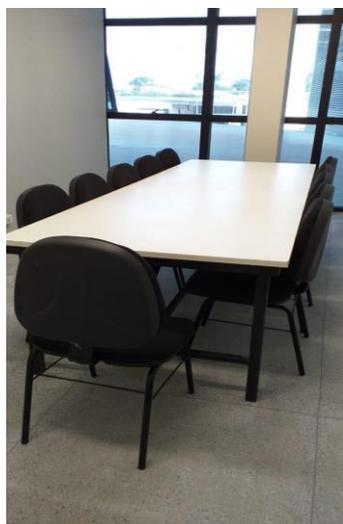
objetivo, se somam ainda ao conjunto de elementos aqui apontados, estruturas arquitetônicas.

### *Elementos arquitetônicos*

Nesse processo de captura e produção de médico do tipo engajado, o dispositivo da medicina engajada através de seus diferentes elementos busca penetrar nos corpos discentes de maneira cada vez mais detalhada e controlar a formação médica de modo cada vez mais amplo. Para isso, esse dispositivo passa a ditar não só métodos de ensino, conteúdos e tipos de espaços ditos mais adequados para formação, mas também estruturas arquitetônicas. Dito isso, é possível pensar o projeto arquitetônico do Complexo de Ciências Médicas (CCM) da UFAL como um elemento desse dispositivo, na medida em que tal projeto se articula aos discursos aqui apontados para impor modelos de salas de aula e laboratórios ditos adequados para formar médicos/as supostamente mais preparados/as.

Assim, em vez de salas amplas onde os/as discentes são distribuídos/as em cadeiras enfileiradas - em uma posição que lhes favoreça receber os conteúdos, facilitar o controle do comportamento e a docilização dos corpos -, e o/a professor/a é posicionado/a frente a esses/as – como sujeito detentor/a do conhecimento, grande protagonista -, no prédio de medicina da UFAL as salas são pequenas e adaptadas ao método ativo da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). As figuras 02 e 03 a seguir ilustram como estão estruturadas as salas de aula/tutoria no CCM.

**Figuras 02 e 03:** Salas de tutorias do CCM/UFAL.



Fonte: elaboração própria

Essas salas de tutorias costumam ser apresentadas e descritas como tendo sido projetadas para atender às necessidades de uma formação que se diz priorizadora do/a discente como protagonista de seu aprendizado. Dito de outro modo, uma formação que “promova o engajamento, em oposição ao tradicional modelo do aluno passivo diante do professor” (UFAL, 2018, p. 17). Nessas salas os/as discentes são reunidos/as em pequenos grupos (de oito a dez discentes e um/a tutor/a), dispostos em uma mesa e estimulados a participar da construção do conhecimento. Acredita-se que

o pequeno grupo facilita o processo de aquisição de conhecimentos e contribui de maneira significativa para o desenvolvimento de outros atributos na formação do acadêmico, dentre eles: habilidades de comunicação, trabalho em equipe, solução de problemas, respeito aos colegas e desenvolvimento de postura crítica (UFAL, 2018, p. 11).

Trata-se, assim, de um modelo que se autoproclama mais adequado para o processo de construção e aquisição do conhecimento, e que estaria destinado a obter melhores resultados na formação. Ademais de se autoproclamar como mais adequado, esse modelo indica ser capaz de auxiliar o/a discente na transposição de barreiras, como o desenvolvimento de postura crítica e comunicação adequada. Segundo Chaves et al. (2014) “os pontos positivos desta modalidade são a troca de experiências profissionais e pessoais, e o encorajamento mútuo” (p. 534). Isso vem reforçar a ideia da necessidade de se desenvolver no/a profissional médico/a, desde sua formação, um engajamento que deve ser reforçado dentro de um grupo ou equipe.

Por isso, a necessidade de dispor os/as discentes em uma mesa, para facilitar esse encorajamento e engajamento mútuo. Nessa mesa a posição que o/a professor/a ocupa já não é mais à frente dos/as discentes, mas ao lado desses/as (o foco não é mais na divisão hierárquica entre o espaço do/a professor/a e do/a aluno/a, mas na interação entre esses/as), sendo posicionado como **facilitador/a e mediador/a** do processo de ensino-aprendizagem (UFAL, 2017). Estamos, portanto, diante de uma arquitetura projetada para materializar aquilo que é demandado pelo próprio discurso que a inspira. Uma arquitetura pensada para marcar nos corpos a noção de que há uma nova aprendizagem e formação em cena também porque é nova a configuração espacial em que a formação se dá. Uma arquitetura que procura dar sentido espacial às noções-chave dos discursos das MAs: oposição entre atividade e passividade, vinculação entre

aprendizagem e atividade, pressuposição de déficit na formação dita tradicional, redimensionamento da atividade docente.

Quanto aos laboratórios de ensino, o CCM dispõe dos espaços convencionais, como o laboratório morfofuncional (anatomia e fisiologia), o laboratório de ciências biológicas e o laboratório de habilidades clínicas e de comunicação. Esse último me chama atenção, pois, ademais de estar “adaptado para o treinamento de cuidados em saúde e procedimentos médicos intensivos, invasivos e de emergência” (UFAL, 2017, p. 48), visa também desenvolver nos/as discentes habilidades que lhes permitam promover uma

comunicação eficaz, por meio de linguagem verbal e não verbal, com usuários, familiares, comunidades e membros das equipes profissionais, com empatia, sensibilidade e interesse, preservando a confidencialidade, a compreensão, a autonomia e a segurança da pessoa sob cuidado (UFAL. 2017, p. 210).

Ademais de definir como eficaz o tipo de comunicação que o/a profissional médico/a deve estabelecer com o/a paciente/família/comunidade/equipe de trabalho, o currículo define a postura que esse/a profissional tem que manter nessa relação, devendo mostrar-se sempre **interessado/a, sensível e empático/a** para com aqueles/as com quem se comunica. Para conseguir desenvolver nos/as discentes esses atributos, o currículo propõe práticas de comunicação fortemente ancoradas na psicologia, ciência que, segundo Favacho (2016), oferece às políticas educacionais os elementos subjetivos e intersubjetivos para o governo da população estudantil. Munida de um arsenal de conceitos alegadamente científicos que pretendem descrever tanto processos de aquisição cognitivas como as pessoas envolvidas nos mesmos, a psicologia ou seus discursos tem como efeito na educação, permitir que os/as discentes sejam melhor administrados/as/governados/as (FAVACHO, 2016).

A ideia é converter a experiência dos/as diferentes discentes em algo do domínio científico, cognoscível e controlável (AQUINO, 2014). Desse modo, mais do que impor aos/as discentes uma forma ou modo de ser, o currículo aqui investigado procura conhecê-los para, daí, potencializar políticas, programas, projetos e ações. Ao apoiar-se em conhecimentos advindos da psicologia, o currículo pretende regular as capacidades subjetivas discentes (ROSE, 1988). O objetivo é treinar os/as mesmos/as para que se reconheçam como um potencial para enfrentar os desafios da rotina profissional futura, em um sistema público de saúde que requer um/a **profissional médico/a**

**comunicativo/a, sensível, empático/a, interessado/a**, isto é, um/a **médico/a do tipo engajado/a**. Os conhecimentos advindos da psicologia empregados no currículo aqui investigado têm, portanto, efeitos subjetivadores.

Alinhado a essa tarefa de formar um/a médico/a engajado/a, o CCM dispõe também - ademais desses espaços ditos convencionais - de um laboratório de medicina preventiva e social, o qual é ilustrado na figura 04.

**Figura 04:** Laboratório de medicina preventiva e social do CCM/UFAL



Fonte: elaboração própria

O objetivo desse laboratório é anunciado como voltado a constituir em um espaço para “planejamento, execução de atividades relativas ao campo da atuação da Medicina Preventiva e Social, a saber: Epidemiologia e Vigilância em Saúde; Ciências Sociais e Humanas em Saúde; Política, Planejamento e Gestão em Saúde” (UFAL, 2017, p. 59). As ações desenvolvidas nesse espaço são mencionadas como visando a desenvolver habilidades e competências junto aos/as discentes para que estes/as estejam preparados/as para lidar com o cotidiano dos serviços de saúde pública. Observo aqui o esforço que esse currículo faz para formar um/a profissional capaz de engajar-se com um tipo específico de atenção em saúde, que é a saúde pública.

Ademais de investir em práticas e ações, o currículo também direciona seus esforços para definir uma estrutura arquitetônica particular, sendo interessante observar como em um laboratório voltado à formação específica em saúde pública e para atuação em saúde coletiva as mesas sejam várias, redondas e prevejam grupos pequenos. Isso significa que quando se trata de formar para o coletivo (epidemiologia, política e planejamento em saúde coletiva) a figura do/a docente vai desaparecendo cada vez mais até chegar aqui, em uma arquitetura que materializa a lógica gerencial: pela descentralização das decisões (pulverização das mesas), pela gestão compartilhada (pequenos grupos nas mesas, que antecipam as equipes multiprofissionais), pela

demanda por flexibilidade e constante readaptação a uma realidade incerta (mesas facilmente deslocáveis).

Observa-se, portanto, a condução de condutas por meio da arquitetura com vistas à produção de um/a **profissional flexível**<sup>71</sup>, **adaptável, em constante formação**. Em nome de uma medicina engajada, discentes são instados a assumir formas identitárias padronizadas, mas paradoxalmente flexíveis, “talvez porque, definitivamente, nossas sociedades demandem subjetividades sociais flexíveis e com alta plasticidade” (COUTINHO; SOMMER, 2011, p. 99). No contexto da formação médica, tanta plasticidade, refere pelo menos a que encerra as competências e habilidades que cada discente deve alcançar e incorporar em sua formação.

Como visto até aqui, o dispositivo da medicina engajada está articulado a um conjunto de elementos heterogêneos, como discursos, sistemas de regras e leis, organização arquitetônica, que o autoriza a falar sobre o tipo de médico/a a ser formado/a na UFAL. Esse dispositivo conta, entre seus objetivos principais, o de reproduzir a trama de relações e manter o conjunto de elementos discursivos que o rege. A finalidade de todo esse investimento é, portanto, posicionar discentes com o “entendimento do seu papel ativo/protagonista na aquisição de competências profissionais” (UFAL, 2017, p. 45), e fabricar médicos/as que, “independentemente de suas especialidades futuras [...] sejam ativos na promoção da saúde da população, bem como na prevenção de riscos e doenças e na reabilitação dos pacientes” (UFAL, 2017, p. 37).

As estratégias discursivas aqui apontadas têm, portanto, efetivado um biopoder encarregado de garantir a produção tanto do/a **discente como do/a médico/a ativo/a** – entendidos/as como **sujeitos engajados/as**, o/a primeiro/a em seu processo formativo e o/a segundo/a em sua atuação profissional futura -. Isso demonstra que o dispositivo biopolítico da medicina engajada não está separado dos processos de subjetivação engendrados no currículo de medicina da UFAL.

---

<sup>71</sup> Veiga-Neto (2008b) explica que a demanda por um sujeito flexível se deve ao fato de mudanças na ênfase das lógicas curriculares: da ênfase da disciplina a ênfase do controle. “Trata-se da diferenciação entre docilidade e flexibilidade, de modo que se possa dizer: enquanto a disciplina moderna funciona para produzir corpos dóceis (Foucault, 1989), o controle pós-moderno funciona para produzir corpos flexíveis” (VEIGA-NETO, 2008b, p. 141). Segundo esse autor as formas de controle agem no modo pelo qual os conteúdos são colocados em ação, daí a entender o investimento nas MAs pelo currículo de medicina da UFAL e em uma arquitetura que possa materializar o discurso dessas MAs, cujo fim é exercer um controle sobre a formação médica. Contudo, vale salientar que essa mudança na ênfase das lógicas curriculares “não significa o desaparecimento das disciplinas, nem que o controle é algo novo, o que ocorre é uma mudança de ênfase, para a manutenção dos riscos sociais em níveis mais seguros” (SILVA, 2015, p. 50).

#### **4.4 Tecendo algumas considerações e apontando como busquei avançar com a investigação aqui em tela**

O esforço analítico empreendido nesse capítulo foi para compreender e evidenciar o investimento discursivo do dispositivo da medicina engajada na normalização das condutas de discentes do curso de medicina da UFAL. A ênfase da análise recaiu sobre os procedimentos discursivos de assujeitamento, de apreensão e investimento tácito do biopoder sobre os corpos discentes e sobre a forma mesma de ser médicos/as.

Observou-se a formação de toda uma rede composta por elementos heterogêneos que concorrem para a constituição de uma medicina engajada, tais como: discursos de formação e atuação médicas; sistemas de regras e leis; e organização arquitetônica. Esses elementos integram o dispositivo aqui mencionado e o autoriza a falar sobre o tipo de médico/a a ser formado/a na UFAL, na medida em que efetivam um biopoder que convoca discentes a assumirem posições de sujeitos, regulando suas vidas ao investir na fabricação de um tipo de médico/a específico/a. O objetivo último de todo esse investimento discursivo é, portanto, produzir tanto discentes como futuros/as profissionais médicos/as imaginados/as e demandados/as como **ativos/as/engajados/as**.

Observou-se, portanto, na análise empreendida nesse capítulo, que processos de subjetivação são efetivados no currículo de medicina da UFAL na medida em que discentes se reconhecem como **ativos/as e engajados/as** em seus processos formativos. Viu-se que esse posicionamento se torna necessário para fabricar um tipo de discente sob o qual se possam aplicar discursos como: da saúde coletiva, da atenção básica, da saúde da família, da lógica preventiva, da multidisciplinaridade, da integralidade, da espiritualidade e religiosidade, das MAs, do aprender por si mesmo/a. A estratégia observada foi de um investimento do dispositivo para a construção de um espaço onde esses discursos sejam produtivos, no sentido de serem capazes de regulamentar a formação médica e fabricar **o/a discente ativo/a** capaz de atender as necessidades de formação de um tipo de médico/a desejado/a pelo currículo de medicina da UFAL e requerido pelas DCNs – **um/a médico/a engajado/a** (UFAL, 2017).

Com o intuito de promover um olhar mais detalhado sobre a produção do/a discente ativo/a em medicina, optei pela análise também no nível das técnicas. Nesse ponto busquei mostrar que, ao operar como técnicas de governo, a participação e

o protagonismo podem produzir **discentes ativos/as/engajados/as**, capazes de **tomar decisões e expressar opiniões**, ademais de **serem autônomos e responsáveis** pelos seus aprendizados. Esses são atributos que cada discente deve incorporar no sentido de atender às necessidade de formação de um/a **médico/a engajado/a**. Como visto na análise desenvolvida neste capítulo, no currículo de medicina da UFAL tudo é questão de ser engajado/a, contudo, vale salientar que, o engajamento demandado discursivamente nesse currículo não é de qualquer tipo: trata-se de um engajamento regulado/controlado.

Nesse currículo, essa regulação/controle é efetivada através de procedimentos do biopoder que, mesmo tomando cada discente em suas particularidades, têm como objetivo promover a formação de um/a médico/a engajado/a. É a partir desse tipo de médico que cada discente deve-se espelhar – um modelo que deve ser desejável por cada discente, e previamente definido como a norma a ser seguida. Assim é dito ativo aquele que é capaz de moldar-se ao modelo e, inversamente, o passivo é aquele que não se enquadra ao modelo. Isso me faz compreender que as técnicas da participação e do protagonismo analisadas nesse capítulo, são acionadas para construir posições de normalidade e diferença (MAKNAMARA, 2011) em termos de sujeitos discentes ativos e passivos.

A participação e o protagonismo acionadas pelo biopoder presente no currículo de medicina da UFAL referem, portanto, a técnicas de dominação (FOUCAULT, 1993a) cujo fim é o controle/regulação externa da conduta de discentes, isto é, o governo destes. Contudo, como bem definiu Foucault (2001a), esse governo deve ser entendido também no sentido das técnicas cujo fim é dirigir a conduta de si mesmo, fazendo referência as técnicas de si. É, portanto, como o objetivo da analisar o governo discente no nível das técnicas de si - acionadas pelo dispositivo da medicina engajada para efetivação do autogoverno desses sujeitos -, que proponho seguir no próximo capítulo com a investigação aqui em tela.

## CAPÍTULO 5

### **Poder pastoral e autogoverno na condução de um rebanho em um currículo médico**

É recorrente encontrarmos no vocabulário pedagógico empregado no Currículo de Medicina da Universidade Federal de Alagoas termos que implicam algum tipo de relação do/a discente consigo mesmo/a. Alguns exemplos podem ser observados nos excertos a seguir, extraídos da proposta curricular do referido curso (UFAL, 2017): “Desenvolver [...] o caminho educacional centrado no estudante [...] que visa **autonomia e liberdade**” (p. 16); “desenvolvimento da capacidade de **autoavaliação** e da **participação consciente**” (p. 44); “promover **estudo autodirigido**” (p. 51); “empregar estratégias pedagógicas e recursos de ensino que favoreçam a **autoaprendizagem**” (p. 71); “**aprendizado autoconduzido**” (p. 189); “cada estudante **avalia o próprio desempenho** nas atividades de ensino-aprendizagem, com o intuito de desenvolver o senso de **autocrítica** e de **autorresponsabilização** pela aprendizagem” (p. 189); “estimulo ao senso crítico e a capacidade **autorreflexiva**” (p. 190); “necessidade de aprofundar seu **autoconhecimento**” (p. 200); “Desenvolvimento de habilidades psicológicas do **autocuidado**” (p. 141).

Termos dessa natureza são comuns a várias outras propostas curriculares e podem ser expressos “quase sempre em termos de ação, com um verbo reflexivo” (LARROSA, 1994, p. 39): avaliar-se, conscientizar-se, conduzir-se, direcionar-se, criticar-se, responsabilizar-se, refletir-se, conhecer-se, cuidar-se. No currículo aqui em questão, todas estas expressões indicam algum tipo de relação reflexiva do/a discente de medicina da UFAL consigo mesmo/a, a inclinação do/a discente por uma consciência de si mesmo/a, a capacidade deste/a de poder fazer certas coisas consigo mesmo/a. Os termos indicam, portanto, *práticas de si* em um sentido foucaultiano.

Acontece de no currículo de medicina da UFAL essas práticas que os/as discentes realizam sobre si mesmos/as serem sempre capturadas (LARROSA, 1994) pelas estratégias do dispositivo da medicina engajada, descrito no capítulo anterior. Esse dispositivo tem como objetivo demandar, constituir e controlar as subjetividades desses sujeitos, um processo similar ao que Rose (1998) definiu como regulação das capacidades subjetivas. Se o currículo de medicina da UFAL submete-se a um dispositivo da medicina engajada, movimenta toda uma maquinaria para regular a

conduta discente. Isso se dá através daquilo que Rose (1998) discorre a respeito das ações sobre capacidades e propensões mentais.

Dito isso, **o argumento desenvolvido neste capítulo** é o de que, para assegurar e garantir essa regulação das capacidades subjetivas discentes, o dispositivo da medicina engajada aciona no currículo de medicina da UFAL estratégias e técnicas de si que são integradas a um exercício de poder<sup>72</sup> do tipo pastoral. Por essas estratégias esse dispositivo desencadeia modos de relação que o/a discente deve ter consigo mesmo/a no sentido de que possa reconhecer-se como **sujeito autônomo, ativo e engajado**. Tal poder pastoral, ao empregar técnicas de si no referido currículo de Medicina, tem como pretensão conhecer a consciência do/a discente e dirigi-la. Seu objetivo é prender – no sentido de *sujeitar a* (FOUCAULT, 1995) – os/as discentes em suas próprias identidades por uma consciência ou autoconhecimento e governa-los/las como um rebanho.

Para condução/governo desse rebanho no conjunto e em detalhes, o poder pastoral emprega pelo menos quatro técnicas (de si): **a automação criativa, o autoexame, a confissão, e a direção de consciência**. No currículo de medicina da UFAL essas técnicas são acionadas no interior da prática da tutoria e estão integradas a instrumentos, tais como: a situação problema, a autoavaliação e o *feedback*. É por estes instrumentos e técnicas que o/a discente incorpora o ideal de tornar-se visível a si mesmo/a (FOUCAULT, 1999a) e trabalha sua autonomia no processo de autoaprendizagem. Essa autonomia, contudo, é de tipo muito particular, já que no currículo de medicina da UFAL se trata de uma autonomia controlada/regulada/modelada por estratégias pastorais.

É, portanto, **objetivo deste capítulo**, valer-se do conceito de poder pastoral (FOUCAULT, 1995) para analisar o problema do governo (de si) junto aos/as discentes do currículo de medicina da UFAL. Com esse objetivo busquei evidenciar que o espaço do dispositivo da medicina engajada está arquitetado para produzir, ademais de discentes disciplinados/as, dóceis e normalizados/as – como evidenciado no capítulo

---

<sup>72</sup> É válido lembrar que Foucault define o poder não como “uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados; é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada” (FOUCAULT, 1999a, p. 89). Ao compreender o poder como uma situação estratégica que envolve relações de força, Foucault (2004b) nos orienta para o fato de que os/as discentes no currículo não estão presos/as a relações de poder e que estes/as tem a possibilidade “de mudar a situação, que esta possibilidade existe sempre”. Acontece de no currículo de medicina da UFAL esses sujeitos estarem “sempre de acordo com a situação” (p. 267), tal como será evidenciado na análise desse capítulo.

anterior -, sujeitos autônomos, autorreflexivos, autoconscientes, capazes de atuar sobre si mesmos.

Devo esclarecer que não pretendo com isso expressar uma segregação dos efeitos produzidos pelas diferentes estratégias acionadas no dispositivo da medicina engajada, pelo contrário, a ideia é mostrar a complementaridade existente entre as mesmas. Os diferentes atributos de sujeitos aqui mencionados - sujeito **dócil, disciplinado, normalizado, autônomo, autoconsciente e capaz de atuar sobre si mesmo** - remetem a uma noção de complementaridade entre técnicas de dominação e técnicas de si para assegurar e garantir a produção do/a discente ativo/a e do/a médico/a engajado/a. De modo geral, a ideia trabalhada no presente capítulo e no anterior é mostrar a “superfície de contato em que se juntam a maneira de conduzir os indivíduos e a maneira pela qual eles se conduzem” (GROS, 2004, p. 637), isto é, a governamentalidade no currículo de medicina da UFAL.

Tendo estudado o campo do governo no capítulo anterior – tomando como ponto de partida as técnicas de dominação acionadas pelo biopoder -, pretendo visibilizar, no presente capítulo, o governo que, no currículo médico aqui analisado, é exercido através das técnicas do eu/si integradas ao poder pastoral<sup>73</sup>. Para dar conta do objetivo aqui planteado, foram produzidas informações a partir de ditos em circulação no currículo oficial<sup>74</sup>, formal<sup>75</sup> e em ação<sup>76</sup> do curso de graduação em medicina da UFAL, bem como nas sessões de grupo focal realizadas com discentes do referido curso. As informações produzidas foram analisadas mediante emprego de elementos da análise do discurso de inspiração foucaultiana.

Para tornar mais clara a tarefa aqui pretendida, o capítulo foi dividido em três tópicos, além dessa introdução: No primeiro tópico são realizadas explorações conceituais em torno das relações entre o poder pastoral, as técnicas de si/eu e o governo (de si) na obra de Foucault; no tópico segundo analiso como o poder pastoral

---

<sup>73</sup> No tocante ao poder pastoral o alvo de incidência das técnicas de si “se encontra diretamente na ação sobre as subjetividades” (MAIA, 2011, p. 67). Certamente, as tecnologias de poder empregadas pelo biopoder “também atingiam a personalidade daqueles submetidos às suas malhas” (como analisado no capítulo anterior), no entanto, “não da mesma forma e intensidade da alcançada pela utilização do poder pastoral com seu caráter de poder individualizante” (MAIA, 2011, p. 67), como será analisado no presente capítulo.

<sup>74</sup> Sobre o currículo oficial me refiro ao Projeto Pedagógico do Curso, seguindo definição de Santos e Paraíso (1996).

<sup>75</sup> Também seguindo definição de Santos e Paraíso (1996), aqui me refiro a documentos como planos de curso onde são planejadas práticas pedagógicas nas quais se estabelecem e se regulam as relações do/a discente consigo mesmo/a.

<sup>76</sup> Também seguindo definição de Santos e Paraíso (1996), aqui me refiro a documentos como o caderno do/a professor/a onde são descritas práticas pedagógicas.

conduz os/as discentes no currículo - dito de outro modo, como se dá a condução desse rebanho no conjunto e em detalhe; e por último, no terceiro tópico, apresento algumas considerações sobre a análise desprendida neste capítulo.

### **5.1 Poder pastoral, técnicas de si e governo (de si): explorações conceituais**

Avaliar-se, conscientizar-se, conduzir-se, direcionar-se, criticar-se, responsabilizar-se, refletir-se, conhecer-se, cuidar-se: esses termos estão presentes no currículo de medicina da UFAL, e remetem a uma experiência subjetiva do/a discente em uma aproximação ao que Foucault (2013) entendeu por *si mesmo*, isto é, um “tipo de relação que o ser humano enquanto sujeito pode ter e nutrir com ele mesmo” (p. 131). Tal relação parece “quintessencialmente pessoal”, constituinte do mais íntimo eu, “mas ela é profundamente enganadora” (ROSE, 1998, p. 32). A relação que esse/a discente estabelece com si mesmo/a no currículo não é uma questão privada, pelo contrário, esse *si mesmo* discente é administrado nos mínimos detalhes e intensivamente governando (ROSE, 1998). Foucault (2006b) nos orienta sobre isso ao entender que as práticas de si “não são [...] alguma coisa que o próprio indivíduo invente. São esquemas que ele encontra em sua cultura e que lhe são propostos, sugeridos, impostos por sua cultura, sua sociedade e seu grupo social” (p. 276).

Dito isso, o termo “governo” deve ser entendido aqui como o “controle que se pode exercer sobre si mesmo e sobre os outros, sobre seu corpo, mas também sobre sua alma e sua maneira de agir” (FOUCAULT, 2008a, p. 164). Devo recordar que em Foucault, “o governo não está baseado em uma estratégia puramente externa de controle, mas no pressuposto do autogoverno dos indivíduos” (SILVA, 1996, p. 162). O governo deve ser pensado neste capítulo em termos de uma sujeição discente a uma consciência, compreensão ou verdade sobre si mesmo/a e sobre seu processo de autoaprendizagem. Devo esclarecer que essa consciência, compreensão ou verdade (de si) não é algo que o/a discente “progressivamente descobre e aprende a descrever melhor”. É, antes, “algo que se vai fabricando e inventando, algo que se vai construindo e reconstruindo em operações” (LARROSA, 1994, p. 71) que envolve o/a discente consigo mesmo/a.

Essas operações são reguladas no currículo pelo dispositivo da medicina engajada, que funciona desencadeando processos em que o/a discente é instado/a a governar-se, a observar-se, a exercer sobre si um certo domínio. Como orientado por

Foucault (1997b), um dispositivo desencadeia modos do sujeito “regular sua conduta, de se fixar a si mesmo fins e meios [...] exercendo ações onde se é o objetivo dessas ações, o domínio em que elas se aplicam, o instrumento ao qual podem recorrer e o sujeito que age” (FOUCAULT, 1997b, p. 112 e 110). Isso me permite argumentar que o dispositivo da medicina engajada estaria desencadeando relações em que o/a discente regula sua própria conduta.

Dito isso, é compreensível a ideia de que essas práticas de si discentes operam no currículo de medicina da UFAL como alvo das técnicas de si (FOUCAULT, 2013) - acionadas por esse dispositivo - que “agem diretamente sobre essa relação que o sujeito estabelece consigo mesmo enquanto vive e age” (GALLO, 2017, p. 80). Por técnicas de si Foucault (1997b) entende “[...] os procedimentos, que, sem dúvida, existem em toda civilização, pressupostos ou prescritos aos indivíduos para fixar sua identidade, mantê-la ou transformá-la em função de determinados fins, e isso graças a relações de domínio de si sobre si ou de conhecimento de si por si” (p. 109). São, portanto, técnicas que

permitem aos indivíduos efetuarem um certo número de operações sobre os seus corpos, sobre as suas almas, sobre o seu próprio pensamento, sobre a sua própria conduta, e isso de tal maneira a transformarem-se a eles próprios, a modificarem-se, ou a agirem num certo estado de perfeição, de felicidade, de pureza, de poder sobrenatural e assim por diante (FOUCAULT, 1993a, p. 208).

Foucault refere às técnicas de si a esses processos de conhecimento e domínio de si por si, ou a relação consigo “através dos quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito” (FOUCAULT, 2001a, p.11). Entre as técnicas de si, interessa para a análise pretendida nesse capítulo “aquelas que estão orientadas para a descoberta e a formulação da verdade a respeito de si próprio” (FOUCAULT, 1993a, p. 208), tais como: **a automação criativa, o autoexame, a confissão e a direção de consciência**. Estas técnicas são descritas por Marcello e Fischer (2014) como “modos de constituição de si vinculados a sujeição e controle” (p. 162), e estão integradas no exercício do poder pastoral que é acionado pelo dispositivo da medicina engajada materializado no currículo aqui em questão.

Ao integrarem-se no exercício desse poder, as técnicas de si têm por finalidade “não decifrar uma verdade oculta nas profundezas do indivíduo”, mas sim “dar força à verdade no indivíduo [...] é constituir o eu como unidade ideal de vontade de verdade” (FOUCAULT, 1993a, p. 214). Foucault (2006b) nos orienta sobre isso na medida em

que entende o poder pastoral como um “mecanismo de poder e de controle, que era ao mesmo tempo um mecanismo de saber, de saber dos indivíduos, de saber sobre os indivíduos, mas também de saber dos indivíduos sobre eles próprios e em relação a eles próprios” (p. 71). De modo geral, essa “tecnologia de poder originada nas instituições cristãs” (FOUCAULT, 1995, p. 236) possui algumas peculiaridades, a saber:

o poder do pastor é um poder que não se exerce sobre um território, é um poder que, por definição, se exerce sobre um rebanho, mais precisamente sobre um rebanho em seu deslocamento. [...] é fundamentalmente um poder benfazejo [...] o objetivo essencial, para o poder pastoral, é a salvação do rebanho [...] é um poder de cuidado. Ele cuida do rebanho, cuida dos indivíduos do rebanho, zela para que as ovelhas não sofram. [...] O pastor é aquele que zela. Zelar, é claro, no sentido de vigilância do que pode ser feito de errado. [...] vemos surgir aí um poder cujo caráter é essencialmente oblativo, e de certo modo, transicional. O pastor está a serviço do rebanho, deve servir de intermediário entre ele e os pastos, a alimentação, a salvação, o que implica que o poder pastoral, em si, é sempre um bem. [...] o poder pastoral é um poder individualizante [...] é verdade que o pastor dirige todo o rebanho, mas ele só pode dirigi-lo bem na medida em que não haja uma só ovelha que lhe possa escapar. [...] Ele faz tudo pela totalidade do rebanho, mas faz tudo também para cada uma das ovelhas do rebanho (FOUCAULT, 2008a, p. 168-172).

Todo um investimento do currículo de medicina da UFAL em um poder benfazejo, oblativo, totalizante e individualizante, que cuida, que zela e que salva, tem como propósito guiar/conduzir e intermediar os/as discentes - como ovelhas, e como um rebanho em movimento - para um objetivo e uma redenção, como sinalizou Foucault (2008a) a respeito do horizonte desse poder. O pastorado é definido por Foucault (2006b) como um “mecanismo de poder”, e o/a pastor/a como “indivíduos que desempenhavam, na sociedade cristã, o papel de condutores, de pastores em relação aos outros indivíduos que são como suas ovelhas ou o seu rebanho” (p. 65). Para o alcance do mesmo é fundamental o conhecimento, pelo/a professor/a/tutor/a (pensado nessa relação como o/a pastor/a), desse rebanho no conjunto e em detalhe, visto que

O pastorado cristão pressupõe uma forma de conhecimento particular entre o pastor e cada uma das ovelhas. Tal conhecimento é particular. Ele individualiza. Não basta saber em que estado se encontra o rebanho. É necessário também conhecer o de cada ovelha (FOUCAULT, 1995, p. 113).

Compete à ovelha, neste caso ao/a discente no currículo, permitir “abrir-se inteiramente ao seu diretor – revelar-lhe as profundezas da alma” (FOUCAULT, 1995,

p. 113). O/a pastor/a deve “saber o que passa na alma” de cada ovelha “suas dificuldades, sua progressão” (FOUCAULT, 1995, p. 113), um saber/conhecimento específico que no currículo de medicina da UFAL deve servir para conduzir o/a discente no caminho de uma autoaprendizagem dita eficaz/eficiente. A intenção do/a tutor/a, como um/a pastor/a, é conduzir o rebanho em conjunto e dirigir a alma de cada membro do rebanho em detalhe, “seguí-los e empurrá-los passo a passo” (FOUCAULT, 2008a, p. 219) na direção desse caminho. Aqui devo esclarecer que o poder pastoral

não pode ser assimilado ou confundido com os procedimentos utilizados para submeter os homens a uma lei ou a um soberano. Tampouco pode ser assimilado aos métodos empregados para formar as crianças, os adolescentes e os jovens. Tampouco pode ser assimilado às receitas que são utilizadas para convencer os homens, persuadi-los, arrastá-los mais ou menos contra a vontade deles. Em suma, o pastorado não coincide nem com uma política, nem com uma pedagogia, nem com uma retórica. É uma coisa inteiramente diferente. É uma arte de governar os homens (FOUCAULT, 2008a, p. 219).

Portanto, não há uma imposição! Ao acionar técnicas de si para conduzir os/as discentes no currículo, o poder pastoral governa esses sujeitos de maneira que eles/as aceitem esse poder, tomem seus efeitos como necessários e possam governar a si mesmos/as, no sentido de exercer um autodomínio, um autocontrole de si, um processo problematizado por Candiotto (2011a). É, portanto, com a intenção de evidenciar esse processo de condução/direção, esse governo (de si) discente no currículo, que proponho no tópico a seguir uma análise da prática da tutoria e de alguns instrumentos acionados no interior dessa prática que ganha centralidade no currículo aqui investigado.

## **5.2 A condução do rebanho no currículo: no conjunto e em detalhes**

A condução discente no conjunto, isto é, como rebanho, acontece no interior da prática da tutoria<sup>77</sup>. Como previamente apontado no Capítulo 4 desta tese, no currículo aqui em tela, a tutoria corresponde a “pequenos grupos, tradicionalmente compostos por 8 a 10 acadêmicos e um tutor” (UFAL, 2018a, p. 11). Ela é oficialmente apresentada como baseada e organizada na concepção pedagógica de ensino centrado no/a estudante

---

<sup>77</sup> Essa prática pedagógica foi analisada no Capítulo 4 desta tese sob a ótica do biopoder. No presente capítulo ela é analisada a partir de estratégias do poder pastoral.

– sujeito da aprendizagem - e apoiado pelo/a professor/a – facilitador/mediador desse processo (UFAL, 2017)<sup>78</sup>.

No contexto de um currículo médico que visa possibilitar o/a discente “buscar a própria direção do seu processo formativo” (UFAL, 2017, p. 179), um contexto onde esse/a discente é instado a todo momento a agir sobre *si mesmo* e engajar-se em um autogerenciamento responsável de sua formação<sup>79</sup>, a questão que se coloca é: como o currículo de medicina da UFAL governa os/as discentes de modo que estes/as possam governar a si mesmos/as? Ou, como pensar a condução do/a discente de medicina a partir da relação que ele/a estabelece consigo mesmo/a?

Desde a teoria vimos que esse governo é possível mediante acionamento (pelo dispositivo da medicina engajada) de estratégias do poder pastoral que no currículo opera sujeitando o/a discente a uma verdade sobre si e sobre seu processo de autoaprendizagem que ele/a mesmo/a deve produzir. No currículo de medicina da UFAL esse processo é desencadeado no interior de práticas pedagógicas do tipo tutoria ou grupo tutorial, que no curso é considerada como a concretização do método ativo de Aprendizagem Baseada em Problema (ABP). Vale reiterar que o modelo pedagógico do Curso de Medicina da UFAL/ Campus Arapiraca é fundamentado pelo uso de Metodologias Ativas (MAs), conforme anunciado anteriormente, sendo a ABP um de seus principais métodos. É, portanto, no interior dessa prática que os/as discentes se conduzem e são conduzidos/as, no sentido de serem “condicionados e autocondicionados” (BRANCO, 2001, p. 246), no conjunto e em detalhe, fazendo referência aqui à uma ótica totalizante e individualizante do poder pastoral (FOUCAULT, 2006c). A análise aqui despreendida evidenciará que o resultado do processo de direção de condutas discentes pelo poder pastoral na tutoria coincide com o que Branco (2001) definiu como produção de um “sujeito assujeitado a normas e padrões de constituição de sua subjetividade, e auto-identificado por meio de regras previamente perpetradas de conduta” (p. 246).

Sobre a tutoria na educação médica, Chaves (2014) indica que para melhor compreender o termo nesta área, é necessário entender o conceito de tutor/a. Segundo o autor este termo estaria articulado na literatura médica ao campo semântico da proteção sendo usado para indicar “o profissional cuja função é ensinar o aluno a aprender [...]”

---

<sup>78</sup> Esses posicionamentos discente e docente estão previstos nas DCN’s de medicina, tal como fora apontado no Capítulo 2 desta tese.

<sup>79</sup> Contexto de um currículo onde o/a discente recebe contínuos convites para que entre em relação de força consigo mesmo/a.

um profissional experiente que aconselha, facilita a construção do conhecimento, atua como guia e modelo” (p. 533). Nesta analítica, a tutoria é definida como “uma forma especial de serviço educacional individualizado [...] ou desenvolvido em pequeno grupo”, onde o/a tutor/a tem a função de guiar “o desenvolvimento profissional e o amadurecimento pessoal do aprendiz” (p. 535). É pela prática da tutoria que a metáfora foucaultiana do/a pastor/a e seu rebanho melhor se aplica no currículo. Essa metáfora expressa, sem dúvida, elementos de importância fundamental para a compreensão da ideia dos processos de subjetivação que são gestados no interior do currículo de medicina da UFAL. É a partir do grupo tutorial que podemos falar em condução de um rebanho em deslocamento no currículo por um/a tutor/a/pastor/a, que guia os/as discentes em seus processos de autoaprendizagem. Isso fica evidente quando escutamos dos/as discentes do curso os seguintes depoimentos:

- Em uma tutoria por mais que eu esteja no comando do meu aprendizado, eu preciso que alguém me guie e me auxilie nisso, eu preciso que alguém chegue e me diga, olhe vocês vão precisar estudar isso, mas dessa parte vocês vão precisar dar um foco nisso, pois é isso que vocês vão levar para a vida (Disc. 9, 8P);
- No início a gente não tem noção do que é mais importante para a gente, mas a tutoria e o tutor nos ensinam a priorizar, por exemplo, quando vimos bioquímica, a gente queria estudar tudo do assunto, e com o tempo a gente viu que não tem necessidade disso, o tutor nos ensinou que o importante é saber o essencial e saber aplicar isso na prática clínica (Disc. 2, 6P);
- Na tutoria os professores eles são realmente mediadores, eles norteiam nosso conhecimento, na tutoria se a gente tá fugindo do tema eles dão um norte na discussão, e a gente mesmo quem constrói nosso conhecimento [...] sem essa intervenção a gente se sente perdida no que estudar, se o direcionamento não for dado a gente se perde mesmo. (Disc. 10, 2P).

Os excertos de fala discente evidenciam o fato de que mesmo em uma prática que retoricamente se dispõe a centrar o/a aluno/a no processo de aprendizagem, a figura do/a tutor/a é imprescindível. Ademais, evidencia também a ótica totalizante do poder pastoral (FOUCAULT, 2006c): o/a tutor/a conduz um conjunto de discentes reunidos em um pequeno grupo. O/a tutor/a é aquele/a que guia, que norteia, é quem faz a mediação do autoaprendizado discente. Ele/a “chega e diz”, aponta o que estudar, direciona o foco, explicita o que se leva para a vida, ensina a priorizar, ensina a saber o essencial, ensina a saber aplicar na prática, norteia e faz mediação, intervém e, assim... evita a perdição! Aqui os discentes são norteados/conduzidos como que “ao som de sua voz: ‘eu assobiarei e eles se reunirão’” (FOUCAULT 2006c, p. 359), evidenciando o

exercício de um poder pastoral. Inversamente, se o direcionamento não é dado, os discentes se sentem perdidos, no sentido de que, “basta que o pastor desapareça para que o rebanho se espalhe” (FOUCAULT, 2006c, p. 395).

Dito de outro modo, os/as discentes desenvolvem o processo de autoaprendizagem na tutoria, pela presença imediata e pela ação direta do/a tutor/a, que “na errância” das ovelhas no currículo, “ele toma a frente [...] e mostra a direção que devem seguir” (FOUCAULT, 2008a, p. 168). Pela presença e centralidade que o/a tutor/a assume na tutoria, é possível problematizar o discurso da autonomia presente no currículo, no sentido de entendê-lo como algo similar ao que Candiotta (2011b, p. 471) definiu como “uma insidiosa tentativa [...] de modelação”, isto é, de controle da subjetividade discente pelo poder pastoral. Ao compreender a intenção discursiva da autonomia desse modo, é possível afirmar que as decisões discentes são tomadas pela sujeição às vontades de outrem, a do/a pastor/a: só depois de sua ação e de sua palavra é que é possível ao/a discente nomear a si mesmo como responsável pelo próprio aprendizado, em um processo que aqui o caracterizo como sendo de heteronomia.

Portanto, o/a discente não é autônomo/a em seu processo de autoaprendizagem! Quando o currículo de medicina da UFAL defende a formação de um sujeito capaz de aprender por si mesmo, o que temos é, na verdade, o correlato de um controle intenso das possibilidades de autoaprendizagem<sup>80</sup>. Essa tentativa de modelação/controla da subjetividade pelo discurso da autonomia - como estratégia do poder pastoral de condução discente no conjunto (ótica totalizante) - fica ainda mais evidente quando analisamos a situação-problema, instrumento por meio do qual se integra a técnica (de si) da **automação criativa**.

### *A situação-problema*

No grupo tutorial os/as discentes são apresentados/as a um texto<sup>81</sup> contendo uma situação-problema previamente elaborada pelos/as tutores/as, com objetivos de aprendizagem que atendam às determinações do currículo e abordem temas específicos

---

<sup>80</sup> Devo esclarecer que não pretendo com essa afirmativa demonstrar a ausência de um/a discente autônomo/a no curso de medicina da UFAL, mas sim, evidenciar que este/a não está disposto/a a se tornar “sujeito da crítica” (LORENZINI, 2016, p. 63), se opondo aos mecanismos de poder pastoral.

<sup>81</sup> No contexto de um currículo médico em que o autoaprendizado discente é caracterizado como um processo de heteronomia, a função do texto não é transmitir, ensinar, mas “fazer falar, provocar e mediar a fala”, o que de certo modo consiste na “produção e regulação dos próprios textos” dos/as discentes (LARROSA, 1994, p. 46).

do conhecimento médico. Este instrumento é significado como devendo induzir o raciocínio do estudante de modo que “de sua discussão, os alunos deverão formular objetivos de aprendizagem análogos aos imaginados pelos tutores [...] como necessários para o crescimento cognitivo do aluno dentro daquele tema específico” (UFAL, 2018a, p 11). Essa construção análoga dos objetivos de aprendizagem é evidenciada quando o/a discente afirma que: “na tutoria é assim, a gente é autônomo, a gente mesmo é quem formula os objetivos de aprendizagem, mas o tutor está sempre atento, porque se a gente fugir do tema proposto no problema, ele dá um jeito de trazer a gente de volta” (Disc. 6. 6P).

É possível perceber pelo excerto de fala que por meio da situação-problema a **técnica da automação criativa** é acionada ao mesmo tempo em que os/as discentes aceitam a autoridade do/a tutor/a! E isso significa que essa ação não refere a uma imposição, mas sim que “cada uma das ações que poderá ser realizada deverá ser conhecida ou, em todo caso, poderá ser conhecida pelo pastor, que tem autoridade sobre [...] vários indivíduos” (FOUCAULT, 2006b, p. 68). Ao passo que conhece a ação a ser realizada pelos/as discentes, o/a tutor/a, tal como um/a pastor/a, “poderá dizer sim ou não em relação a ela” (FOUCAULT, 2006b, p. 68), isto é, poderá dizer se os/as discentes conseguiram ou não atingir os objetivos de aprendizagem previamente elaborados.

Dito isso, é compreensível a ideia de que a **técnica da automação criativa** integrada na situação-problema opera instando os/as discentes a agir criativamente na verificação do próprio processo de autoaprendizagem, mas segundo parâmetros que não são deles/as, não são dados por eles/as. Eles/as criam coisas a mais segundo os parâmetros externos do/a pastor/a. Essa técnica ao integrar-se a situação-problema, ao mesmo tempo em que permite os/as discentes agirem de modo criativo, delimita suas capacidades de autonomia e os/as insere num processo de heteronomia. Isso se torna evidente na medida em que os objetivos de aprendizagem que eles/as formulam devem ser análogos aos imaginados pelos/as tutores/as. Por essa técnica os/as discentes se submetem à vontade do/a tutor/a e são convidados a serem criativos em seu autoaprendizado.

Vale ainda destacar que por meio do que se prescreve para cada situação-problema, os/as discentes performam<sup>82</sup> não só o que devem aprender por si mesmos/as,

---

<sup>82</sup> Tal como referenciado no Capítulo 4, aqui também recorro a Butler (2001) para compreender a relação de si para consigo discente no currículo analisado, seus atos corporais, seus atos de fala reiterados como

como também o modo como eles/as devem desempenhar uma relação consigo mesmos/as na tutoria. Isso é possível uma vez que cada problema deve ser discutido ocupando o espaço de duas sessões tutoriais, uma para a abertura e outra para o fechamento, tendo por base os sete passos da ABP, a saber:

Após a nomeação, entre os discentes, do coordenador e do secretário da sessão tutorial, inicia-se os 7 passos da ABP. Na primeira sessão, a da abertura do problema, serão aplicados 5 dos 7 passos, a saber:

1. Leitura do problema e identificação dos termos desconhecidos;
2. Identificação dos problemas propostos pelo enunciado;
3. Formação de hipóteses explicativas (a partir de conhecimentos prévios) para os problemas identificados no passo anterior.
4. Resumo das hipóteses;
5. Formulação dos objetivos de aprendizagem (trata-se da identificação do que o aluno deverá estudar para aprofundar os conhecimentos [considerados] incompletos formulados nas hipóteses explicativas);
6. Estudo individual dos assuntos levantados nos objetivos de aprendizagem. [...] Nesta etapa o tutor deve indicar fontes bibliográficas sobre o assunto/tema a ser debatido e incentivar a busca de outras;

Na segunda sessão, etapa 7 da ABP, ocorre o fechamento do problema, mantidos o coordenador e secretário da sessão de abertura, os alunos retomarão a discussão do problema, trazendo as informações novas para a conclusão. Nesta sessão, o tutor e o coordenador deve atentar-se as fontes de conhecimento trazidas pelos alunos (UFAL, 2018b, p. 11).

Na descrição acima é possível observar que aos/as discentes é oferecido um problema contendo um enunciado formulado previamente pelo/a tutor/a, através do qual ele/a define que tipo de conteúdo é supostamente problemático e visto como necessário para ser discutido e aprendido pelos/as discentes. É através desse enunciado e da discussão prévia do mesmo que os/as discentes devem chegar aos objetivos de estudo elencados anteriormente pelo/a tutor/a. A situação-problema juntamente com os sete passos da ABP são apresentados aos/as discentes pelo tutor/a como um caminho supostamente natural e inevitável para a autonomia.

Contudo, se observarmos bem, é possível perceber que os sete passos descritos acima mostram como os/as discentes aprendem, para constituição de si - como **sujeitos supostamente autônomos/criativos/ativos** -, “um jogo de regras, uma gramática, produzida e colocada em circulação” (MARCELLO, 2014, p. 207) no interior da prática

---

*citações de verdades* que não é somente produto desse sujeito, mas também é um *ato performativo*, no sentido de ser uma prática *reiterativa* e *citacional*, produtora daquilo que nomeia/regula/modela, isto é, produtora do tipo de discente criativo.

da tutoria. Se no caminho para desenvolver o autoaprendizado, os/as discentes devem se submeter a esse jogo de regras, a essa gramática, no mínimo isso significa que: esse processo é marcado por uma retração do gradiente de autonomia<sup>83</sup> desses sujeitos, no sentido de que o autoaprendizado não corresponde aqui a uma espontaneidade; e que as condições e possibilidades que os/as discentes têm para aprender por si mesmo são moduladas, isto é, que suas escolhas e decisões individuais são reguladas. Essa gramática é colocada à disposição dos/das discentes para que, a partir dela, eles/as possam efetuar um número restrito de operações sobre suas ações vinculadas ao processo de autoaprendizagem.

Portanto, aprender a participar em uma sessão de tutoria, “é ao mesmo tempo, aprender o que significa ser um participante” (LARROSA, 1994, p. 46). Aprendendo as regras e o significado da tutoria - os sete passos e o papel que cada um/a deve desempenhar -, os/as discentes aprendem ao mesmo tempo a ser um/a coordenador/a, um/a secretário/a, um/a participante da sessão, e o que cada um desses atributos significa no processo de autoaprendizagem. Dito de outro modo, os/as discentes aprendem o que cada um desses atributos significa para serem sujeitos autônomos/criativos/ativos, que supostamente devam ser capazes de aprender por si mesmos/as. É como se o dispositivo da medicina engajada, através do poder pastoral e dos instrumentos aqui mencionados, “construísse e transmitisse [...] a experiência que os sujeitos têm de si mesmos” (LARROSA, 1994, p. 46), isto é, a experiência que os/as discentes têm de si mesmos/as como **sujeitos autônomos/criativos/ativos**.

Se no currículo de medicina da UFAL os/as discentes são instados a se reconhecerem como **capazes de aprender por si mesmos/as**, e nesse processo são constituídos como **sujeitos criativos/produtivos**, não é se não resultado desses mecanismos, dessa gramática para a autoaprendizagem. Contudo, é importante lembrar que nesta gramática está embutido um discurso que citacionalmente e reiterativamente<sup>84</sup> apresenta-se em termos de autonomia até que ele seja percebido como um efeito enquanto os sujeitos estão em automação. Dito de outro modo, na prática aqui analisada, repete-se a retórica da autonomia até que ela vire uma verdade que faça ver autonomia onde há automação. Trata-se aqui de uma incorporação performática cujo efeito é percebido/sentido como o oposto do que se é levado a fazer e ser – o/a discente

---

<sup>83</sup> Para falar em uma diminuição do gradiente de autonomia discente tomo como referência a afirmativa de que “diferentes contextos sócio institucionais promovem diferentes práticas de si, com diferentes graus de autonomia” (NETO, 2017, p. 21).

<sup>84</sup> Sobre a interpretação de atos corporais e de fala reiterados como citações de verdade, ver Butler (2001).

se **reconhece como autônomo/a**, mas o que há de fato é a produção de **sujeitos autômatos e criativos** que agem somente a partir de escolhas já estabelecidas.

É, portanto, por meio dessa gramática colocada em movimento no currículo que os/as discentes exercem sobre si mesmos/as um autogoverno e se reconhecem como capazes de controlar *o que* e *como* aprender como que por si mesmos/as, para se tornarem médicos/as engajados/as. Entretanto, tornar-se médico/a engajado, aqui, é efeito de um processo de subjetivação em que se demanda aos indivíduos que aprendam a performar criativamente o que o/a pastor/a acha que é melhor ao rebanho: heteronomia. Vale reiterar que esse suposto autocontrole discente é efetivado em meio a estratégias do poder pastoral que o dispositivo da medicina engajada aciona com a intenção de fazer o bem (FOUCAULT, 2006b) àqueles/as que se submetem ao currículo. E “fazer o bem no sentido mais material do termo” (FOUCAULT, 2006b, p. 67) significa aqui garantir a subsistência da autoaprendizagem dos/as discentes no grupo tutorial. E como isso é possível?

Ora, oferecendo-lhes objetivos bem definidos de estudo, conduzindo-os em um campo de possibilidades de referências bibliográficas, permitindo-lhes beber nessas fontes, e encontrar um campo fértil e favorável a uma formação médica voltada para o engajamento de si mesmos/as. No currículo essas ações são mediadas pela figura do/a tutor/a, que assim como o/a pastor/a na analítica foucaultiana, “está em posição de vigiar, ou pelo menos de exercer sobre a ovelha uma vigilância e um controle contínuos” (FOUCAULT, 2006b, p. 68).

Como analisado até aqui, o poder pastoral exerce um cuidado sobre o grupo de discentes na tutoria por meio de instrumentos como a situação problema e os sete passos da ABP. A estes instrumentos está integrada a técnica da automação criativa que opera fazendo com que os/as discentes sejam criativos e se reconheçam como capazes de controlarem *o que* e *como* aprender por si mesmos/as, mesmo que suas escolhas individuais sejam moduladas. O intuito até aqui foi evidenciar a ótica totalizante do poder pastoral colocada em circulação no currículo de medicina da UFAL. Mas devo lembrar que o pastor cuida também de cada ovelha de modo individualizado (FOUCAULT, 2006c).

### *A condução sob a ótica individualizante*

Como orientado por Foucault (2006c) sobre o processo de condução das ovelhas pelo pastor/a, um/a bom/a tutor/a deve cuidar também de seus discentes em particular, em seus detalhes. Essa ótica individualizante do poder pastoral é perceptível no currículo quando o/a discente afirma que

no início eu tive essa dificuldade em selecionar o que realmente é útil para aquele momento de discussão em uma tutoria [...] É nesse momento que eu recorro ao tutor para que ele possa me orientar. [...] Esse apoio que ele dá é muito importante, eu sinto os meus **professores das tutorias como confidentes** mesmo [...] eu acho que a tutoria aproxima muito o aluno do professor e essa relação que eles trocam é muito benéfica (Disc. 3, 6P).

Esse apoio, essa aproximação, essa confiança do/a discente ao/a tutor/a pressupõe uma atenção individual deste/a a cada discente, “a cada membro do rebanho” (FOUCAULT, 2006c, p. 360). Essa atenção individualizada é acompanhada do convite para que o/a discente se posicione como um **sujeito fiel**, capaz de assumir uma simetria e consensualidade na relação com o/a pastor/a. Pressupõe também uma suposição do tutor de que tenha (ou de que necessite ter) exato conhecimento do que se passa na cabeça/alma do/a discente. Esse conhecimento - necessário para condução desse sujeito em seu autoaprendizado - é possível na medida em que são acionados na tutoria, instrumentos como a autoavaliação e o *feedback*. A esses instrumentos estão integradas as **técnicas do autoexame, da confissão e da direção de consciência**, que operam permitindo o/a discente voltar-se para si (no momento em que age) em um ato de reflexão sobre seu próprio processo de aprendizagem que o/a torna visível a si mesmo/a.

#### *A autoavaliação e o feedback*

A autoavaliação é um instrumento acionado na prática da tutoria cuja finalidade seria fazer com que “cada estudante avalie o próprio desempenho nas atividades de ensino-aprendizagem, com o intuito de desenvolver o senso de autocrítica e de responsabilidade pela aprendizagem” (UFAL, 2018a, p. 22). Por este instrumento é requerido que o/a discente desenvolva a habilidade de pensamento (de si), que ele/ela pense sobre o próprio processo de aprendizagem, tal como mencionado nos excertos de fala a seguir:

- Eu acho muito importante essa autoavaliação, pois a gente sabe de fato onde teve mais dificuldade para aprender, e pode corrigir isso com a ajuda do tutor, superando essa dificuldade na discussão do próximo caso (Disc. 1, 4P);
- Então, você se autoavaliando você vê os seus principais erros, suas principais falhas e tenta melhorar a cada tutoria [...] pela autoavaliação eu sinto que posso melhorar sempre (Disc. 11, 2P);
- Essa autoavaliação é importante para você refletir sobre as suas atitudes como estudante e querendo ou não como futuro profissional (DISC. 3, 6P).

É possível perceber pelos excertos de fala o exercício que o/a discente realiza sobre si para desenvolver uma compreensão de suas fragilidades e o convite para que se posicione como **sujeito em conversão**. Pensar, refletir sobre suas próprias ações, e com isso tentar melhorar, corrigir erros, falhas, de certo modo significa construir uma determinada autoconsciência pessoal que sirva de princípio para sua própria prática discente. Uma autoconsciência que, supostamente, possibilite maiores chances de transpor as dificuldades no processo de autoaprendizagem. Essa é a ideia e finalidade da autoavaliação colocada em operação nas práticas de tutoria do curso de medicina da UFAL.

Posso afirmar com isso que, nessas práticas de tutoria e por esse instrumento de autoavaliação é acionada a **técnica do autoexame**. Ao ser colocada em operação, essa técnica integrada ao instrumento da autoavaliação define que o exame que o/a discente realiza sobre suas atitudes no processo de autoaprendizagem - esse pensar sobre seu comportamento diante das práticas acadêmicas -, não se dá de qualquer forma. O discurso presente na autoavaliação é interrogativo e regulativo<sup>85</sup> (LARROSA, 1994) e está mediado por uma ficha com um conjunto de perguntas/critérios dirigidas a fazer com que o/a discente produza uma reflexão sobre sua autoaprendizagem. Apresento na sequência esse instrumento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (Campus de Arapiraca)					
FICHA DE AUTOAVALIAÇÃO DISCENTE					
Curso:	Ano		Turma		
Estudante:	_____				
Tutor(a):	_____				
Módulo:	Coordenador(a): _____				
Avaliação do conhecimento cognitivo/ psicomotor e atitudinal do problema					
	Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5
Critério 1					
Critério 2					

<sup>85</sup> Diferente do instrumento situação-problema, onde existe um “texto” anterior “que faz falar” - que é o lançamento do próprio problema -, na autoavaliação não existe um texto anterior, “o discurso pedagógico é interrogativo e regulativo” (LARROSA, 1994, 45).

Critério 3 Critério 4 Critério 5 Média	Fechamento				
	Problema 1	Problema 2	Problema 3	Problema 4	Problema 5
Critério 6 Critério 7 Critério 8 Critério 9 Critério 10 Média					
Critério 1 - Interpretar os dados do problema e formular questões de aprendizagem (2,0 pontos); Critério 2 - Responder as questões integrando com o conhecimento prévio (2,0 pontos); Critério 3 - Formular hipóteses e síntese do problema (2,0 pontos); Critério 4 - Elaborar objetivos de aprendizagem a partir das questões formuladas (2,0 pontos); Critério 5 - Relacionar de forma ética, respeitosa e colaborativa com seus pares / Realizar com criticidade, a auto avaliação, avaliação interpares, avaliação do tutor e assumir o papel de coordenador/secretario (2,0 pontos); Critério 6 - Buscar informação a partir do referencial bibliográfico adequado (2,0 pontos); Critério 7 - Articular as dimensões biopsicossociais/éticas/ambientais e contribuir efetivamente com a discussão (2,0 pontos); Critério 8 - Sintetizar e expor as ideias de forma clara e organizada (2,0 pontos); Critério 9 - Identificar lacunas de conhecimento e mobilizar estratégias de superação (2,0 pontos); Critério 10 – a) Relacionar de forma ética, respeitosa e colaborativa com seus pares / Realizar com criticidade, a autoavaliação, avaliação interpares, avaliação do tutor e assumir o papel de coordenador/secretario (1,0 pontos); b) realizar a atividade semanal (1,0 pontos).					

Fonte: Guia do professor (UFAL, 2018a).

Como observado, os critérios apresentados na ficha de autoavaliação devem ser pontuados pelo/a discente (de zero a dois pontos cada um) e correspondem ao desempenho do/da mesmo/a em relação aos sete passos da APB aplicados em cada sessão de tutoria (tanto na sessão de abertura quanto na de fechamento). Assim como ocorre no processo de autoaprendizagem onde as decisões individuais discentes são moduladas, os parâmetros de avaliação também já estão dados. Os/as pastores/as não apenas dão a palavra da salvação, mas oferecem também um guia para verificação da conduta da ovelha. Por esse guia/instrumento o/a discente “tem o dever de saber o que passa no interior de si próprio, suas faltas que possa ter cometido” (FOUCAULT, 1993a, p. 214), o que é evidenciado na fala discente: “a cada tutoria a gente faz autoavaliação, e eu sinto isso como essencial, pois após realizar essas autoavaliações eu percebo onde eu estava pecando e onde eu devo melhorar” (Disc. 10, 2P).

Ao saber de seus pecados, o/a discente, como uma ovelha guiada pelo/a pastor/a, tem a “obrigação de dizer estas coisas a outras pessoas e a assim dar público testemunho contra si próprio” (FOUCAULT, 1993a, p. 214). Na prática da tutoria o/a discente revela seus pecados ao grupo e ao/a tutor/a, como é possível evidenciar no trecho de fala a seguir:

Eu acho que é bem interessante os critérios que eles colocam de autoavaliação, a boa construção daquelas questões permitem você se questionar como você está se posicionando no seu processo de aprendizagem [...] e quando a gente fala nossas dificuldades para o

tutor no final de cada tutoria, ele nos dá um feedback que nos ajuda a superar essas dificuldades. (Disc. 2, 6P).

Essa revelação das faltas do/da discente acontece em um exercício análogo ao que Foucault (1993a) caracterizou como **confissão**, que é realizado de modo constante, a cada fechamento de uma tutoria. Por essa técnica o/a discente é convidado/a a olhar para si mesmo/a, para seu autoaprendizado, e falar disso, em uma prática quase permanente de revelação do que pensa e sente (MARCELO; FISCHER, 2014). Observo aqui algo que me parece trivial, no sentido de que esse currículo – e provavelmente tantos outros - vende autoconhecimento como autoavaliação, o que não é o mesmo.

O discurso da autoavaliação presente nesse currículo, ao focar em conhecimento do pensamento, do psicomotor e das atitudes pelo próprio sujeito (tal como demandado na ficha de autoavaliação discente), diz promover autoconhecimento. Um discurso que vende avaliação de capacidade de interioridade em nome de avaliação pessoal do processo de aprender, em uma relação (do discente consigo mesmo) onde tudo se passa como se o/a discente conseguir cavoucar suas profundezas - conhecimentos conceituais, procedimentais e atitudinais -, logo aprenderá. Um dos efeitos do discurso da autoavaliação no currículo investigado é um sujeito que se escava em detalhes corresponde a um sujeito que supostamente aprende.

Evidencio com isso o fato de que, pelo discurso da autoavaliação e pela técnica da confissão o/a discente é instado a ocupar a posição de **sujeito redimido** que têm na confissão a seu/a pastor/a uma busca constante pela revelação e liberação de seus pecados. Mas vale destacar que ao se confessar, não se pode falar qualquer coisa, esse texto/fala é construído “de acordo com o que estabelece a bateria interrogativa” (LARROSA, 1994, p. 47) disponibilizada na ficha de autoavaliação, através da qual o/a discente aprende uma gramática para o autoexame (LARROSA, 1994). Nesse processo de remissão, enquanto se ensina a encontrar possíveis “pecados” formativos, dá-se o caminho para a constituição do/a pecador/a. Portanto, ao aprender as regras dessa gramática, o/a discente se reconhece como um/a pecador/a, torna visível seus próprios erros/pecados, e aprende que é possível conhecê-los e avaliá-los segundo certos critérios, tal como afirmado na fala discente:

pela autoavaliação a gente via onde precisávamos melhorar, pois são vários critérios né, conteúdo teórico, habilidade de falar, habilidade de ouvir o outro, são várias coisas. É importante, pois a gente refletia sobre nossas próprias ações, a ponto de questionar a nós mesmo se

fomos bem naquilo. Se eu não tivesse preenchendo o formulário eu talvez nem percebesse aquilo eu precisava melhorar, e talvez eu nem mudasse meu comportamento diante daquilo, e do início do período para o fim, a gente notava uma evolução no nosso autoaprendizado (Disc. 3, 6P)

Ademais de conhecer e avaliar suas dificuldades, o excerto de fala evidencia que, pela gramática do autoexame, o/a discente é posicionado como um **sujeito vidente** capaz não só de ver onde precisa melhorar como também de mudar coisas em si mesmo/a para ser um/a discente dito mais ativo/a, supostamente capaz de administrar seu próprio aprendizado. Vale apontar que essa capacidade do/a discente de mudar coisas em si, essa sua capacidade de plasticidade, é mediada no currículo pela figura do/a tutor/a, que ao saber - pela técnica da confissão - do que passa na cabeça do/a discente, suas dificuldades, seus pecados, o/a orienta através do *feedback*. Essa ferramenta consiste em

relatar o desempenho dos estudantes em suas atividades, reforçando comportamentos positivos e apontando falhas. O feedback incentiva a reflexão crítica e o aprendizado autoconduzido, auxiliando o estudante a melhorar seu desempenho. O feedback deve ser: Assertivo e específico – A comunicação deve ser objetiva, clara e direta. Deve-se abordar determinado comportamento e seu impacto positivo ou negativo e sugestões de comportamentos alternativos. Deve-se indicar com clareza os desempenhos adequados e aqueles que o estudante pode melhorar; [...] Oportuno – O feedback tem melhor resultado quando é feito logo após a situação ou comportamento que o motivou. (UFAL, 2018a, p. 22).

Ao auxiliar o/a discente a aprimorar seu desempenho indicando onde ele/a pode melhorar, o *feedback* regula a capacidade do/a discente em atuar sobre seu autoaprendizado. E na medida que essa regulação é (ou deve ser) realizada de modo assertiva, específica e oportuna, me faz lembrar da **técnica de direção de consciência** identificada por Foucault (2006b). Por essa técnica o/a tutor/a direciona cada discente no caminho de uma suposta verdade sobre seu autoaprendizado, tal como relatado pelos/as discentes:

- Os *feedbacks* que os professores fazem são muito importantes para ver o que a gente precisa melhorar (Disc. 13, 8P);
- Os *feedbacks* feitos nas tutorias pelos professores são muito válidos, por que as vezes eu acho que eu estou indo bem, mas na verdade não é aquilo que eu estou transparecendo para os outros, e o professor saberá avaliar isso. (Disc. 10, 2p)

- O tutor orienta a gente, e o próprio *feedback* no final da tutoria é a prova disso [...] é o momento para dizer o que tem de bom e ruim naquela discussão e no que a gente deve melhorar. (Disc. 3, 6P)

Os excertos de falas discentes evidenciam que a **técnica da direção de consciência** integrada ao instrumento do *feedback* vêm funcionando a contento no currículo de medicina da UFAL. Ademais, demonstram como essa técnica vem posicionando os/as discentes nesse currículo, isto é, como **ovelhas transparentes**, capazes de reconhecerem – pelo *feedback* - se aquilo que transluzem/manifestam para o/a outro/a é adequado ou não. Dito isso, pode-se afirmar que, ao acionar as técnicas aqui mencionadas - do autoexame, da confissão e da direção de consciência -, esse currículo encontrou um meio de instaurar um tipo de poder que controla os/as discentes através de uma suposta verdade (de si) – ou consciência – sobre seu autoaprendizado. Uma verdade que o/a próprio/a discente deve alcançar durante seu processo formativo.

### 5.3 Tecendo algumas considerações

Na análise desprendida neste capítulo busquei evidenciar que por meio de estratégias do poder pastoral e técnicas de si - acionadas pelo dispositivo da medicina engajada – são reguladas/moduladas e produzidas experiências que o/a discente tem de si mesmo/a como sujeito dito autônomo/a/ativo/a. Observei que por meio das técnicas da automação criativa, autoexame, confissão e direção de consciência - colocadas em operação no interior da prática da tutoria no currículo -, o/a discente é sujeitado/a a uma verdade sobre si e sobre seu processo de autoaprendizagem. Como evidenciado na análise, essa verdade está atrelada a *o que e como* aprender por si mesmo/a, e também a *o que falar/pensar* sobre esse processo de autoaprendizagem.

Observei também que é em relação a essa verdade que o/a discente constitui uma experiência de si, isto é, ele/ela se torna visível a si mesmo como podendo e devendo ser pensado como um sujeito autônomo/ativo. Ademais, evidenciei que esse processo de constituição da experiência singular do/a discente no currículo não está vinculada a uma “escolha irreduzível da existência” (GROS, 2004, p. 620). Esta constituição acontece em meio a relações de poder, onde o discente controla *o que e como* aprender à medida que aprende uma gramática para a autoaprendizagem; ou ainda, em meio a um “jogo de direção de consciência que implica no exercício de cada um falar de si, buscar a verdade em seu interior e confessá-la a seu diretor” (GALLO, 2017, p. 85). Nesse jogo o

discente constitui sua experiência como sujeito autônomo/ativo “à medida que fala sua verdade” (GALLO, 2017, p. 85), a qual é produzida conforme ele/ela aprende a gramática para o autoexame.

Desse modo, ao acionar a automação criativa, o autoexame, a confissão e a direção de consciência, o poder pastoral subjetiva, assujeitando (GALLO, 2017). Dito de outro modo, o poder pastoral subjetiva tornando o/a discente *sujeito/a a* uma verdade sobre si mesmo/a, sobre seu processo formativo. Uma verdade que o/a discente mesmo/a deve contribuir ativamente para produzi-la, num “exercício de atenção em relação a si mesmo e de visão de si mesmo” (LARROSA, 1994, p. 61). Dada a condição que essa verdade/conhecimento de si lhe garante, trata-se de um/a discente “imperfeito [...] e que tem necessidade de ser corrigido, formado e instruído” (Foucault, 1985, p. 62). Mas corrigido/a, formado/a e instruído/a pelo quê? Ora, por essa verdade/conhecimento que ele/a produz sobre si próprio/a e sobre seu autoaprendizado.

É o poder pastoral, portanto, que institui nesse currículo um “governo de si pela verdade” (GALLO, 2017, p. 85), um governo pensado em termos de orientação/condução (de si). E com isso concluo que “o poder pastoral em sua tipologia, em sua organização, em seu modo de funcionamento” (FOUCAULT, 2008a, p. 197), é sem dúvida algo de que não estão libertos/as os/as discentes do curso de graduação em medicina da UFAL/Campus Arapiraca.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para aqueles/as que defendem as MAs como mais apropriadas para a formação médica, ganharam um provocador, ou melhor, um problematizador desses métodos ditos mais adequados. Não se trata de um negacionista, isto é, um analista atribuindo um possível fracasso às MAs. Tampouco se trata da produção de mais um discurso reiterativo de uma suposta eficácia e efetividade desses métodos de ensino e aprendizagem. Ao me posicionar<sup>86</sup> neste trabalho de investigação doutoral como um provocador/problematicador das MAs na educação médica, me insiro nesse campo de disputas discursivas sobre a formação em medicina não assumindo um papel de defensor - aquele que “veste a camisa” das MAs -, muito menos o de detrator destes métodos. Ao optar por problematizar os discursos das MAs que sobressaem no currículo médico da UFAL me aproximei a Foucault (2006b) com o interesse em evidenciar as práticas discursivas que possibilitam o discurso das MAs alcançar efeitos de verdade para a formação em Medicina.

Portanto, meu empenho analítico nesta tese doutoral foi evidenciar outras possibilidades de leituras sobre currículo e MAs na educação médica. Assumi esse posicionamento por concordar com Foucault (2001a) que “existem momentos na vida onde a questão do saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (p. 12). Desse modo, ao olhar para os discursos das MAs no currículo investigado, percebi que estes funcionam ensinando modos de ser discentes no sentido de posicioná-los/as entre o que seria ou não próprio de um/a profissionais médicos/as dito mais capaz.

Ademais, observei que estes discursos atualizam o dispositivo da medicina engajada que tem reivindicado/exigido uma urgência/emergência na identificação para aquilo que seria próprio e mais adequado à formação médica, demandando tipos particulares de discentes, os/as posicionando como ativos/as/ e autônomos/as. Esses tipos de sujeitos são convocados no currículo a compor um contingente de médicos/as do tipo engajados/as, isto é, profissionais ditos/as mais humanizados/as, éticos/as, críticos/as, reflexivos/as e transformadores/as. Tal como em Maknamara (2011, p. 128) sobre uma população “imaginada e que se imagina” portadora de atributos específicos e

---

<sup>86</sup> No intuito de problematizar os discursos das MAs no currículo de graduação médica da UFAL, foi inevitável ocupar um posicionamento - lugar de fala particular -, uma vez que “estamos imersos nesses problemas e possibilidades, falamos e nos inquietamos a partir deles, como simples mortais, e como pesquisadores também” (FISCHER, 2005, p. 6).

que, portanto, se pensa como comunidade, no currículo que investiguei também há uma comunidade imaginada que se vê fugindo daqueles estereótipos do tipo de discente passivo/a e do/a profissional médico/a tecnicista. Dito de outro modo, os discursos das MAs presentes no currículo de medicina da UFAL disponibilizam, demandam e reivindicam modos de ser discentes que atendam a uma formação médica que se autodenomina mais humanizada, ética, crítica, reflexiva e transformadora.

Meu objetivo nesta tese foi, portanto, investigar como esses modos de ser discentes (tipos de sujeitos) vêm sendo produzidos no currículo médico da UFAL (que está fundamentado pelas MAs), para então compreender os efeitos de suas práticas nos/as discentes do curso. Com esse objetivo, entendi que se quisesse saber como e que tipos de sujeitos vêm sendo produzidos por este currículo, deveria ir até os discursos que sobressaem no mesmo sem cair na armadilha de uma reiteração ingênua ou detração de seus efeitos. Para o alcance dessa empreitada recorri a um referencial teórico-metodológico foucaultiano o qual me permitiu descrever e analisar os discursos presentes no currículo como práticas permeadas por relações de poder-saber que produzem aquilo que nomeiam, ou seja, que produzem tipos de discentes múltiplos e específicos. São, portanto, nos discursos onde estão articulados os mecanismos/maquinarias (as estratégias, tecnologias e técnicas de poder) acionados para garantir a produção/fabricação de discentes de determinados tipos (entendidos como efeitos dessas articulações no currículo), dito de outro modo, para garantir o governo destes sujeitos.

Ao procurar captar a complexidade desse governo acionado no currículo médico da UFAL, argumentei que *o currículo médico da UFAL funciona segundo uma gestão governamental, ou uma governamentalidade, que tem no/a egresso/a de medicina seu alvo principal e no dispositivo da medicina engajada seu mecanismo essencial*. Dito isso, analisei o currículo de medicina da UFAL a partir das táticas da governamentalidade que tem nesse dispositivo os modos de controlar a formação médica.

Percorrendo esse argumento, percebi em minha análise - sobre processos de produção de sujeitos no currículo investigado -, que para garantir o governo/posicionamento do/a discente ativo/a e a fabricação do/a médico/a engajado/a, o currículo de medicina da UFAL tem acionado - através do dispositivo da medicina engajada - diferentes níveis de abrangência de governo (SCISLESKI; GUARESCHI, 2011). São nesses diferentes níveis de abrangência de governo onde são articuladas e

ativadas estratégias e técnicas de poder, e foi por atenção aos mesmos, que organizei minhas argumentações que resultaram nos capítulos analíticos desta tese. Os mesmos foram constituídos em torno desses diferentes níveis de abrangência de governo, em específico os Capítulos 4 e 5, uma vez que nos Capítulos 2 e 3 me dediquei – respectivamente - a realizar uma contextualização da emergência dos discursos das MAs na educação médica e a uma problematização de tais discursos. Esse exercício me permitiu no Capítulo 2 evidenciar as MAs como uma possibilidade a mais na formação médica. No Capítulo 3 pude mostrar a natureza arbitrária e ficcional do currículo de medicina da UFAL - que é fundamentado pelas MAs -, contrapondo à ideia de um currículo transcendental.

Nos Capítulos 4 e 5 abordei diferentes níveis de abrangência de governo, isto é, diferentes formas/tipologias de poder que sobressaíram quando da análise dos processos de produção de sujeitos no currículo de medicina da UFAL. Esses Capítulos indicam, de modo respectivo, uma leitura do biopoder e do poder pastoral acionados e colocados em jogo nesse currículo pelo dispositivo da medicina engajada. Essas diferentes modulações de poder foram analisadas em sua positividade e produtividade e em articulação a diferentes discursos que sobressaem no currículo aqui investigado, os quais disputam efeitos de verdade sobre a formação médica, tais como: o discurso das MAs; da autonomia; do engajamento; da autoavaliação; da responsabilidade e compromisso social; do aprender por si mesmo/a; da saúde coletiva; da atenção básica; da saúde da família; da lógica preventiva; da multidisciplinaridade; da atenção integral em saúde; da espiritualidade e religiosidade.

O que pretendi com isso não foi enfatizar uma segregação dessas tipologias de poderes, mas sim dar ênfase a importância de uma análise minuciosa e em profundidade dessas relações, atentando para os detalhes e especificidades de cada estratégia, técnica e tática acionadas nesse currículo para posicionar discentes, e conduzir modos de ser médico/a. Ademais, busquei mostrar que estas tecnologias de poder, assim como as técnicas por elas acionadas – como a da participação e do protagonismo acionadas pelo biopoder; e da automação criativa, do autoexame, da confissão, e da direção de consciência acionadas pelo poder pastoral - estão profundamente articuladas e entrelaçadas no currículo pesquisado.

Estas tecnologias e técnicas de poder vêm funcionando no currículo analisado de forma complementar e integrando-se para um controle/gestão mais efetivo dos modos de ser médico/a. A análise evidenciou que o espaço do dispositivo da medicina engajada

está arquitetado para produzir, ademais de discentes disciplinados/as, dóceis e normalizados/as – requeridos/as pelo biopoder -, sujeitos autônomos (e autômatos), autorreflexivos, autoconscientes, capazes de atuar sobre si mesmos – tal como demandados pelo poder pastoral.

Devo recordar que meu objetivo nessa tese não foi analisar o fenômeno do poder, mas sim os modos pelos quais, em um currículo específico, os/as egressos/as em medicina tornam-se médicos/as. Assim, não é o poder, mas a produção de sujeitos, que constitui o tema geral de minha pesquisa. Cabe, portanto, reiterar que o objetivo foi investigar como sujeitos são produzidos/engendrados no currículo de medicina da UFAL (Campus de Arapiraca), o que me levou a uma evidência da estreita vinculação entre a governamentalidade e os posicionamentos de sujeitos disponibilizados nesse currículo. Desse modo, cada modulação de poder em evidência nos Capítulos analíticos 4 e 5 demonstrou que: na figura do sujeito do tipo *coach de si*, crítico, reflexivo, ético, transformador, participativo, protagonista, responsável, administrador, gestor, autônomo, autodidata, autoreflexivo, autoconsciente, criativo/produtivo, autômato, fiel, convertido, redimido, vidente e transparente, as MAs (seus discursos) disponibilizam a discentes experiências de serem ativos/as em seus processos formativos.

E ser um/a discente ativo/a nesse currículo supostamente traz a qualquer um/a a possibilidade de se tornar um/a médico/a do tipo engajado/a, um/a profissional possuidor de atributos que se assemelham aos de um super-herói. O currículo de medicina da UFAL, ao fundamentar-se nas MAs, investe, portanto, sobre a produção de um contingente de médicos/as de determinado tipo como algo ficcional, que é também contingente, uma vez que não se tem uma garantia que as posições de um/a discente ativo/a sejam de fato ocupadas no currículo. Contudo a análise dessa tese evidenciou que as relações de forças/poder presentes no currículo - acionadas pelo dispositivo da medicina engajada - convergem para que tais posicionamentos sejam ocupados, não restando muitas outras possibilidades de ser discente (futuros/as profissionais médicos/as) no currículo analisado. Dito de outro modo, conclui-se que os/as discentes são insistentemente convocados/as ao que o currículo prescreve para sua formação dentro de significados específicos sobre como tornar-se um/a médico/a engajado/a.

## REFERÊNCIAS

- AGAMBEN, Giorgio. O que é um dispositivo. In: \_\_\_\_\_. **O que é o contemporâneo? E outros ensaios**. Trad. Vinícius Nicastro Honesko. Chapecó: Argos, 2009, p. 27-51.
- AGUILAR-DA-SILVA, Rinaldo H. abordagens pedagógicas e tendências de mudanças nas escolas médicas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 1, p. 53-62. 2009.
- ALMEIDA, Enedina S.; BATISTA, Nildo A. Desempenho docente no contexto PBL: essência para aprendizagem e formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 2, p. 192-201. 2013.
- ALMEIDA, Maria T. C.; BATISTA, Nildo A. Ser docente em métodos ativos de ensino-aprendizagem na formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 468-476. 2011.
- ALMEIDA, Marcio José de. **Educação médica e saúde: limites e possibilidades das propostas de mudança**. [tese] São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1997.
- ALMEIDA, Henriqueta Galvanin Guidio de. et al. Elaborando a Capacitação de Tutores: Subsídios da Prática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 3, p. 191-199. 2003.
- ALMEIDA, Henriqueta G. G.; FERREIRA FILHO, Olavo F. Educação permanente de docentes: análise crítica de experiências não sistematizadas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 240- 247. 2008.
- ALVARENGA, José da Paz Oliveira; MOREIRA, Andrea Bruno; FONTES, Wilma Dias de; et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. **Enfermagem Universidade Federal de Pernambuco**, Recife, v. 7, n. 10, p. 5944-5951, 2013.
- AMADO, João; FERREIRA, Sônia. A entrevista na investigação educacional. In: AMADO, João (coord.). **Manual de investigação qualitativa em educação**. Imprensa da Universidade de Coimbra. 2013, p. 207-232.
- ANDRADE, Silvia C. et al. Avaliação do desenvolvimento de atitudes humanísticas na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 517-525. 2011.
- ANGELI, Olga A.; LOUREIRO, Sonia R. A Aprendizagem Baseada em Problemas e os recursos adaptativos de estudantes do curso médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, p. 32-41. 2001.
- AQUILANTE, Aline G. et al. Situações-problema simuladas: uma análise do processo de construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 147-156. 2011.

- AQUINO, Julio R. G. O controverso lugar da psicologia na educação: aportes para a crítica da noção de sujeito psicopedagógico. **Psicol. Ensino & Form.** vol.5 no.1 Brasília 2014.
- ARAÚJO, Ivan de M. et al. Avaliação do aproveitamento do aluno em Nefrologia: estudo comparativo entre o método expositivo tradicional e o método de Aprendizado Baseado em Problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 3, p. 114-125. 2001.
- ARAÚJO, Ulisses F.; SASTRE, Genoveva. Apresentação. In: \_\_\_\_\_. (orgs.). **Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior**. São Paulo: Summus, 2009. p. 07-16.
- ARRUDA, Marina P. et al. Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 518-524. 2008.
- AUSTIN, John Langshaw. **Quando dizer é fazer: palavras e ação**. Trad. Danilo Marcondes de Souza Filho. Porto Alegre: Artes médicas, 1990.
- BASTOS, Fernando. **Ambiente Institucional no Financiamento da Agricultura Familiar**. São Paulo: Polis; Campinas, SP: CERES – Centro de Estudos Rurais do IFCH – UNICAMP, 2006.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1977.
- BARROS, Nelson F.; LOURENÇO, Lídia C. A. O ensino da Saúde Coletiva no método de Aprendizagem Baseado em Problemas: uma experiência da Faculdade de Medicina de Marília. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 3, p. 136-146. 2006.
- BEHRENS, Marilda Aparecida. **O paradigma emergente e a prática pedagógica**. Petrópolis: Vozes; 2005.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. **Metodologia da problematização: experiências com questões de ensino superior, ensino médio e clínica**. Londrina: Edel, 1998.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.
- BORDENAVE, Juan Díaz; PEREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino-aprendizagem**. 28 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.
- BUJES, Maria Isabel Edelweiss. Descaminhos. In: COSTA, Marisa Vorraber. (Org.). **Caminhos investigativos II: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio: DPeA, 2002, p. 11-33.
- BUTLER, Judith. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo. In: LOURO, G. L. (Org.). **O corpo educado: pedagogias da sexualidade**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p. 153-72.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa Mais Médicos, dois anos: mais saúde para os brasileiros**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL, MEC, Conselho Nacional de Educação (CNE). Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2014.

BRASIL, PR. Lei Nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o programa Mais Médicos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2013.

BRASIL, MEC, Secretaria de Educação Superior (SES). Portaria Nº 109, DE 5 DE JUNHO DE 2012. Dispõe sobre a expansão de vagas em cursos de Medicina e criação de novos cursos de Medicina nas Universidades Federais. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2012.

BRASIL, MEC, Conselho Nacional de Educação (CNE). Resolução n. 4, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 2001.

BRASIL, SAJ. Lei Nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1996a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, 1996b.

BRANDÃO, Edermeson R. M. et al. Práticas de integração Ensino-Serviço-Comunidade: reorientando a formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 37, n. 4, p. 573-577. 2013.

BRANCO. Guilherme Castelo. As resistências ao poder em Michel Foucault. **Trans/Form/Ação**, São Paulo, 24: 237-248, 2001.

CALDEIRA, Maria Carolina Silva. **Dispositivos da infantilidade e da antecipação da alfabetização no currículo do 1º ano do ensino fundamental: conflitos, encontros, acordos e disputas na formação das crianças de seis anos**. 2016. 263 f. Tese (Doutorado) - UFMG, Belo Horizonte, 2016.

CAMPOS, G. W. S.; PEREIRA JÚNIOR, N. A atenção primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, 2016.

CANDIOTTO. Cesar. A governamentalidade política no pensamento de Foucault. **Filosofia Unisinos**, v. 11, n. 1, p. 33-43, jan/abr, 2010.

\_\_\_\_\_, Cesar. A governamentalidade em Foucault: da analítica do poder à ética da subjetivação. **O que nos faz pensar**, nº31, dezembro de 2011a.

\_\_\_\_\_. Cesar. Cuidado da vida e cuidado de si: sobre a individualização biopolítica contemporânea. **Dissertatio**, [34] 469 – 491, 2011b.

CARABETTA JÚNIOR, Valter. Metodologia ativa na educação médica. **Rev Med**, São Paulo. nº 95, v. 3, p. 113-121, 2016.

CASTRO, Fidel. **Generosos defensores de la vida**. La Habana: Editora Política, 2007.

CEZAR, Pedro Henrique Neto, et al. Transição Paradigmática na Educação Médica: Um Olhar Construtivista Dirigido à Aprendizagem Baseada em Problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 2, p. 298–303. 2010.

CHERRYHOLMES, Cleo H. Um projeto social para o currículo: perspectivas pós-estrututais. In: SILVA, Tomas Tadeu da (Ogr.). **Teoria educacional crítica em tempos pós-modernos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992, p. 143-172.

CHAVES, Igor T. da S.; GROSSEMAN, Suely. O internato médico e suas perspectivas: estudo de caso com educadores e educandos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 3, p. 212- 222. 2007.

CHAVES, Leandro Jerez, et al. Tutoria como estratégia educacional no ensino médico. **Rev. Brasileira de Educação Médica**. 38 (4) : 532-541; 2014.

CLIQUET, Marcia B.; RODRIGUES, Cibele I. S. Grupo tutorial e a saúde mental no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 591-601. 2016.

CIUFFO, R.S.; RIBEIRO, V.M.B. Sistema Único de Saúde e a formação dos médicos: um diálogo possível? **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.125-40, jan./mar. 2008.

COATES, Hamish. **Engaging students for success**. Australasian student engagement report. Melbourne: ACER, 2009. Disponível em: <[https://works.bepress.com/hamish\\_coates/58/](https://works.bepress.com/hamish_coates/58/)>. Acesso em: 23 set. 2019.

CORAZZA, Sandra Mara. **História da infantilidade - a-vida-a-morte e mais-valia de uma infância sem fim**. Tese (doutorado). Porto Alegre: UFRGSIPPGEDU, 1998.

\_\_\_\_\_, Sandra Mara. O que faz gaguejar a linguagem da escola. In: CANDAU, Vera Maia (org.). **Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender**. 2. Ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001, p. 89-103.

\_\_\_\_\_, Sandra Mara. Labirintos da pesquisa, diante dos ferrolhos. In: COSTA, Marisa Vorraber. (org). **Caminhos Investigativos: Novos Olhares na Pesquisa em Educação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

\_\_\_\_\_, Sandra Mara. **O que quer um currículo?** pesquisa pós-crítica em educação. Petrópolis: Vozes, 3ª ed., 2004.

COSTA, Maria Cristina Guimarães da. et al. Ensino e Aprendizagem da Prática Profissional: Perspectiva de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 245-253. 2016.

COSTA, José R. B. et al. A transformação curricular e a escolha da especialidade médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 47-58. 2014.

COSTA, José R. B. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem: a visão de estudantes de medicina sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 13-19. 2011.

COSTA, Milena Silva, et al. Espiritualidade e religiosidade: saberes de estudantes de medicina. **Rev. Bioét.** vol.27 no.2 Brasília, 2019.

COSTA, Marisa Vorraber. Mídia, magistério e política cultural. In: \_\_\_\_\_ (org.). **Estudos culturais em educação**. Porto Alegre: ED. UFRGS, 2000. p. 73-91.

CRUZ, Poliana Oliveira da, et al. Percepção da Efetividade dos Métodos de Ensino Utilizados em um Curso de Medicina do Nordeste do Brasil. **Rev. bras. educ. med.** vol.43, n.2, pp.40-47, 2019.

COUTINHO, Karine Dias; SOMMER, Luis Henrique. Discurso sobre formação de professores e arte de governar. **Currículo sem Fronteiras**, v.11, n.1, pp.86-103, Jan/Jun 2011.

DANZIATO, Leonardo; MARTINS, Ana Carolina B. L.; MATOS, Sabrina Serra. Psicanálise e biopolítica: o fascínio do discurso médico. **Revista Subjetividades**, Ed. Especial: 44-54, 2018.

DAL IGNA, Maria C. Grupo focal na pesquisa em educação: passo a passo teórico-metodológico. In: PARAÍSO, Marlucy Alves e MAYER, Dagmar Estermann (Orgs.). **Metodologias de pesquisa pós-crítica em educação**. 2. Ed. Belo Horizonte: Mazza, 2014, p. 197-219.

DECKER, Isonir da Rosa; BOUHUIJS, Peter A. Aprendizagem Baseada em Problemas e Metodologias da Problematização: Identificando e analisando continuidades e discontinuidades nos processo de ensino-aprendizagem. In: ARAÚJO, Ulisses F.; SASTRE, Genoveva. (orgs.). **Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior**. São Paulo: Summus, 2009. p. 177-204.

DENZIN, Norman; LINCOLN, Yvonna. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: \_\_\_\_\_ (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p.15-41.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

DELAROSSA, Alejo. **Grupos de reflexión: entrenamiento institucional de coordinadores y terapeutas de grupos**. Buenos Aires: Paidós; 1979.

DERRIDA, Jacques. Assinatura acontecimento contexto. In: DERRIDA, Jacques. **Limited Inc.** Campinas: Papyrus, 1991 p. 11-37.

DERRIDA, Jacques; ROUDINESCO, Elizabeth. **De que amanhã . . . diálogos.** Trad. André Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

DEWEY, John. **Democracia e educação.** 3ª. ed. São Paulo: Nacional, 195.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica – para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FARIAS, Pablo Antonio Maia de. et al. Aprendizagem Ativa na Educação em Saúde: Percurso Histórico e Aplicações. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 1, p. 143-158. 2015.

FARIA, Maria J. S. S. et al. Os desafios da educação permanente: a experiência do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 248- 253. 2008.

FAVACHO, André Márcio Picanço. Currículo, subjetivação e experiência de si: contra os humanismos, os modismos e os relatos obtusos. **Currículo sem Fronteiras**, v. 16, n. 3, p. 488-508, set./dez. 2016.

FERREIRA FILHO, Olavo F. et al. Visão docente do processo de implementação da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) no Curso Médico da Universidade Estadual de Londrina (UEL). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 3, p. 112-120. 2002.

FERREIRA, Ricardo C. et al. Aprendizagem Baseada em Problemas no Internato: há continuidade do processo de ensino e aprendizagem ativo? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 2, p. 276-285. 2015.

FERRETTI, C. I.; ZIBAS, D. M. L.; TARTUCE, G. L. B. P. Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. **Cadernos de pesquisa**, v. 34, n. 122, p. 411-423, mai./ago. 2004.

FIMYAR, Olena. **Using Governmentality as a Conceptual Tool in Education Policy Research.** Londres: Educate. 2008.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada.** New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. O visível e o enunciável no dispositivo pedagógico da mídia: contribuição do pensamento de Foucault aos estudos de comunicação. **Verso e Reverso.** São Leopoldo, n. 40, p. 01-17, 2005.

\_\_\_\_\_, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. **Cadernos de Pesquisa**, n.114, p.197-223. 2001.

FLICK, Uwe. **Métodos de pesquisa**: Introdução a pesquisa qualitativa. Tradução de Joice Elias Costa. 3ed., 2009 (Cap. 17, 18, 19 e 20).

FONTANA, Alessandro; BERTANI, Mauro. “Situação do Curso”. In: FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1999.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

\_\_\_\_\_, Michel. Verdade e subjetividade. **Revista de Comunicação e Linguagem**. Lisboa, n. 19, 1993a, p. 203-223.

\_\_\_\_\_, Michel. Respuesta a una pregunta. In: \_\_\_\_\_. **Las redes del poder**. Buenos Aires: Almagesto, 1993b, p. 13-47.

\_\_\_\_\_, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert e RABINOW, Paul (Org.). **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense, 1995, p. 231-250.

\_\_\_\_\_, Michel. Do governo dos vivos. In: \_\_\_\_\_. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997a, p. 99-106.

\_\_\_\_\_, Michel. Subjetividade e verdade (1980-1981). In: \_\_\_\_\_. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Zahar; 1997b, p. 107-115.

\_\_\_\_\_, Michel. **História da sexualidade 1**: A vontade de saber. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque (1988). Rio de Janeiro, Edições Graal, 1999a. (Cap. II, IV e V).

\_\_\_\_\_, Michel. **Em defesa da sociedade**. – curso dado no Collège de France (1975-1976). Trad. Mana Ermantina Galvão – São Paulo: Martins fontes, 1999b.

\_\_\_\_\_, Michel. **História da sexualidade 2**: o uso dos prazeres. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque (1984); Rio de Janeiro: Graal, 2001a.

\_\_\_\_\_, Michel. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes. 2001b.

\_\_\_\_\_, Michel. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: NAU, 2003a.

\_\_\_\_\_, Michel. **Estratégia Poder-Saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003b.

\_\_\_\_\_, Michel. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

\_\_\_\_\_, Michel. Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. Entrevista com B. Gallagher e A. Wilson. Tradução de Wanderson Flor do Nascimento. **Revista Verve**, Nº 20, 2004b.

\_\_\_\_\_, Michel. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

\_\_\_\_\_, Michel. **A hermenêutica do sujeito**: curso dado no Collège de France (1981-1982). Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. São Paulo: Martins Fontes, 2006a.

\_\_\_\_\_, Michel. **Ditos e Escritos V**: Ética, Sexualidade, Política. São Paulo: Forense Universitária, 2006b, (1978 - Sexualidade e poder, p. 56-76; 1984 – O cuidado com a verdade, p. 240-251).

\_\_\_\_\_, Michel. **Ditos e Escritos IV**: Estratégia, poder-saber. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2006c.

\_\_\_\_\_, Michel. **Microfísica do poder**. Organização e tradução: Roberto Machado. 23. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007. (Cap. XVI e XVII).

\_\_\_\_\_, Michel. **Segurança, território, população**: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

\_\_\_\_\_, Michel. **O nascimento da biopolítica**. Cursos dado no Collège de France (1978, 1979). Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

\_\_\_\_\_, M. **L'Origine de l'herméneutique de soi** – conférences prononcés à Dartmouth College, 1980. Paris: Vrin, 2013.

\_\_\_\_\_, Michel. **Do governo dos vivos**: curso no Collège de France (1979-1980). São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2014.

\_\_\_\_\_, Michel. Sobre a arqueologia das ciências: resposta ao círculo de epistemologia. In: \_\_\_\_\_. **Ditos e Escritos II**: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015, p. 85-123.

FRANÇA JUNIOR, Raimundo R.; MAKNAMARA, Marlécio. A literatura sobre Metodologias Ativas em Educação Médica no Brasil: Notas para uma reflexão crítica. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, vol.17, no.1, 2019.

FRANÇA JUNIOR, Raimundo R.; MAKNAMARA, Marlécio. Metodologias Ativas como significado transcendental de currículos de formação médica. **Educ. rev.** vol. 36, Belo Horizonte, 2020.

FREITAS, Daniela Amaral Silva. **Literatura infantil dos kits de literatura afro-brasileira da Prefeitura de Belo Horizonte (MG)**: um currículo para ressignificação das relações étnico-raciais?. 2014. 281 f. Tese (Doutorado) - UFMG, Belo Horizonte, 2014.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 8ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

GALLO, Silvio Donizetti de Oliveira. Do currículo como máquina de subjetivação. In: FERRAÇO, Carlos Eduardo e CARVALHO, Janete Magalhães (Orgs.). **Currículos, pesquisas, conhecimentos e produção de subjetividades**. Petrópolis: DP et Alii, 2012, p. 203-217.

GALLO, Sílvio Donizetti de Oliveira. Biopolítica e subjetividade: resistência? **Educar em Revista**, Curitiba, Brasil, v. 33, n. 66, p. 77-94, out./dez. 2017.

GAMSON, Joshua. As sexualidades, a teoria queer e a pesquisa qualitativa. In: DENZIN, Norman K., LINCOLN, Yvonna S. (Orgs.). **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 345-62.

GEERTZ, Clifford. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GERHARDT, Tatiana E. et al. Unidade 4: estrutura do projeto de pesquisa. In: GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (orgs.). **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009, p. 65-89.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. - São Paulo: Atlas, 2002, p. 44-45.

GOMES, Romeu et al. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 444-451. 2009.

GOMES, Andréia P. et al. A Educação Médica entre mapas e âncoras: a aprendizagem significativa de David Ausubel, em busca da Arca Perdida. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 105-111. 2008.

GOMES, Andréia P. Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 3, p. 390-396. 2010.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio. Transformação da Educação Médica: É Possível Formar um Novo Médico a partir de Mudanças no Método de Ensino-Aprendizagem? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v 35, n. 4, p. 557-566. 2011.

GOMES, Andréia P.; REGO, Sergio. Paulo Freire: contribuindo para pensar mudanças de estratégias no ensino de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 3, p. 299-313. 2014.

GOMES, Luciano Bezerra; MERHY, Emerson Elias; FERLA, Alcindo Antônio. Subjetivação dos médicos cubanos: diferenciais do internacionalismo de Cuba no programa Mais Médicos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 899-918, set./dez. 2018.

GONÇALVES, Jadson Fernando Garcia. Foucault e a questão do dispositivo, da governamentalidade e da subjetivação: mapeando noções. **Revista Margens Interdisciplinar**, UFPA, v. 6, n. 7, 2010.

- GOULART, Lúcia M. H. F. et al. Aprendizagem Baseada em Problema em microbiologia no curso de medicina da UFMG. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 5, p. 22-27. 2001.
- GROS, Frederic. Situação do curso. In: FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004, p.613 – 661.
- JORDÃO, Patrícia. A antropologia pós-moderna: uma nova concepção da etnografia e seus sujeitos. **Revista de Iniciação Científica da FFC**, v.4, n.1, 2004.
- KASPER, Christian. **Habitar a rua**. 2006. 239f. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Unicamp, Campinas. 2006.
- KLEIN, Carin; DAMICO, José. O uso da etnografia pós-moderna para a investigação de políticas públicas de inclusão social. In: PARAÍSO, Marlucy Alves; MAYER, Dagmar Estermann (Orgs.). **Metodologias de pesquisa pós-crítica em educação**. 2. Ed. Belo Horizonte: Mazza, 2014, p. 65-87.
- KOMATSU, Ricardo S. Aprendizagem Baseada em Problemas na Faculdade de Medicina de Marília: sensibilizando o olhar para o idoso. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 2, p. 45-54. 2009.
- KUH, George. What student affairs professionals need to know about student engagement. **Journal of College Student Development**, Maryland, USA, v.50, n. 6, p. 683–706, 2009.
- LARROSA, Jorge. “Tecnologias do eu e educação”. In: SILVA, Tomaz Tadeu. **O sujeito da educação**. Petrópolis: Vozes, 1994, p.35-86.
- LEAL, Rafaela Esteves Godinho; SALES, Shirlei Rezende. Dispositivo de Inovação: produção d/a estudante ativo/a no ensino superior. **Rev. Diálogo Educ.**, Curitiba, v. 19, n. 60, p. 173-194, jan./mar. 2019.
- LEON, Luciana B.; ONÓFRE, Fernanda de Q. Aprendizagem Baseada em Problemas na graduação médica – uma revisão da literatura atual. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 4, p. 614-619. 2015.
- LIMA JÚNIOR, Emilton. O dilema do biscoito e o ensino universitário: uma reflexão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 3, p. 211-114. 2002.
- LIMA, Helena M. da Costa. Experiências em buscas de informações por residentes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 1, p. 13-21. 2005.
- LIMA, Gerson Z. et al. Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP): construindo a capacitação em Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 27, n. 1, p. 5-11. 2003.
- LIMA, Gerson Z.; LINHARES, Rosa E. C. Escrever bons problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 197-201. 2008.

- LORENZINI, D. Foucault, regimes of truth and the making of subjects. In CREMONESI, L. et al. (eds.) Foucault and the making of subjects. Londres: Rowman & Littlefield, 2016, p. 63- 75.
- LOPES, Luiz Paulo da Moita; FABRÍCIO, Branca Falabella. Discursos e vertigens: identidades em xeque em narrativas contemporâneas. **VEREDAS, Rev. Est. Ling.**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 11-29, 2002.
- LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- LUNA, Willian F.; BERNARDES, Jefferson S. Tutoria como estratégia para aprendizagem significativa do estudante de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 653-662. 2015.
- LUCCHETTI, G. e Colaboradores. Revista BioMedCentral – BMC Medical Educacion. 2013, 13.
- MACHADO, Roberto. Por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 07-23.
- MAIA, Antônio. Do biopoder à governamentalidade: sobre a trajetória da genealogia do poder. **Currículo sem Fronteiras**, v.11, n.1, pp.54-71, Jan/Jun, 2011.
- MAIA, José A. Metodologias problematizadoras em currículos de graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 4, p. 566-574. 2014.
- MAKNAMARA, Marlécio. Quando artefatos culturais fazem-se currículo e produzem sujeitos. **Reflexão e Ação**, Santa Cruz do Sul, v. 27, p. 58-72, 2020a.
- MAKNAMARA, Marlécio. Encontros entre pesquisas (auto)biográficas e necessidades de formação docente em Ciências. **Revista Insignare Scientia - RIS**, v. 3, n. 2, p. 135-155, 24 ago. 2020b.
- MAKNAMARA, Marlécio. Afinidades e afinações pós-críticas em torno de currículos de gosto duvidoso. In: PARAÍSO, Marlucy A.: **Metodologias de pesquisa pós-crítica em educação**. 2. ed. Belo Horizonte: Mazza, 2014, p. 157-176.
- MAKNAMARA, Marlécio. **Currículo, música e gênero: o que ensina o forró eletrônico?** 2011 (Tese de Doutorado) - UFMG/FaE, Belo Horizonte: 2011.
- MAKABE, Maria L. F.; MAIA, José A. Reflexão discente sobre a futura prática médica através da integração com a Equipe de Saúde da Família na Graduação. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 127-132. 2014.
- MARCELLO, Fabiana de Amorim; FISCHER, Rosa Maria Bueno. Cuidar de si, dizer a verdade: arte, pensamento e ética do sujeito. **Pro-Posições** | v. 25, n. 2 (74) | p. 157-175 | maio/ago. 2014.

MARCELLO, Fabiana de Amorim. O conceito de dispositivo em Foucault: mídia e produção agonística de sujeitos-maternos. **Educação e Realidade**, v. 29, n. 1, p. 2014, p. 199-213.

MARIN, Maria J. S. et al. Aspectos das fortalezas e fragilidades no uso das Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 13-20. 2010.

MARTINS, Letícia; RIBEIRO, José Luis Duarte. Engajamento do estudante no ensino superior como indicador de avaliação. **Avaliação**, Campinas; Sorocaba, SP, v. 22, n. 1, p. 223-247, mar. 2017.

MATIAS, M<sup>a</sup> Claudia, et al. O Programa Mais Médicos no contexto das estratégias de mudança da formação médica no país: reflexões e perspectivas. **Saúde Soc.** São Paulo, v.28, n.3, p.115-127, 2019.

MEZZARIL, Adelina. O Uso da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) como reforço ao ensino presencial utilizando o ambiente de Aprendizagem Moodle. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 114-121. 2011.

MEIRELES, Maria Alexandra de Carvalho; FERNANDES, Cássia do Carmo Pires; SILVA, Lorena Souza e. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação Médica: Expectativas dos Discentes do Primeiro Ano do Curso de Medicina de uma Instituição de Ensino Superior. **Rev. bras. educ. med.** vol.43, n.2, 2019, pp.67-78.

MINAYO, Maria C. de S. **O desafio do conhecimento**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciências e Saúde Coletiva**. V. 13, n. 2, p. 2133-2144. 2008.

MORÉ, Nilson Carlos; GORDAN, Pedro Alejandro. A Percepção dos Professores do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá sobre Suas Dificuldades e Necessidades Educacionais para o Desenvolvimento do Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 3, p. 91-100. 2004.

MORAES, Magali A. A.; MANZINI, Eduardo J. Concepções sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas: um estudo de caso na Famema. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 30, n. 3, p. 125- 135. 2006.

MOTA, Fernanda Antônia Barbosa de. O processo formativo do sujeito: governamentalidade e modos de subjetivação como processo de singularização a partir do cuidado de si. **Reflexão e Ação**. Santa Cruz do Sul, v. 26, n. 2, p. 27-42, mai./ago. 2018.

NELSON, Cary; TREICHLER, Paula A.; GROSSBERG, Lawrence. Estudos culturais: uma introdução. In: SILVA, Tomaz Tadeu da (Org.). **Alienígenas na sala de aula**: uma introdução aos estudos culturais em educação. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 07-38.

NETO, Leon F. **Biopolítica em Foucault**. 144 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia), Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

NETO, João Leite Ferreira. A Analítica da Subjetivação em Michel Foucault. **Rev. Polis e Psique**, 2017; 7(3): 7 – 25.

NOGUEIRA, Maria Inês. As Mudanças na Educação Médica Brasileira em Perspectiva: Reflexões sobre a Emergência de um Novo Estilo de Pensamento. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n 2, p. 262–270, 2009.

NOGUERA TUR, J. et. all. (2008). **Nuevos factores de desarrollo territorial**. Colección Desarrollo Territorial, PUV. Coeditor: Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local, Valencia/ES, 2008.

NOVAES, Maria R. C. G. et al. Actitudes éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 34, n. 1, p. 43-56. 2010.

NUNES, Cássia Regina Rodrigues; NUNES, Amauri Porto. Aportes Teóricos da Ação Comunicativa de Habermas para as Metodologias Ativas de Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 179-184. 2005.

OLIVEIRA, Maria Marly de. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Recife: Bagaço, 2005.

OLIVEIRA, Vanessa T. D.; BATISTA, Nildo A. Avaliação Formativa em Sessão Tutorial: Concepções e Dificuldades. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. 3, p. 374-380. 2012.

OLIVEIRA, Inês Barbosa, et. all. Relações entre educação e ensino a partir do campo do currículo. ANPED, 2012. Disponível em: [https://www.fe.unicamp.br/gtcurriculoanped/35RA/trabalhos/TE-Anped2012-Rel\\_educacao\\_ensino.pdf](https://www.fe.unicamp.br/gtcurriculoanped/35RA/trabalhos/TE-Anped2012-Rel_educacao_ensino.pdf).

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Rev. bras. educ. méd.** V. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PARAÍSO, Marlucy Alves. Metodologias de pesquisa pós-crítica em educação e currículo: trajetórias, pressupostos, procedimentos e estratégias analíticas. In: PARAÍSO, Marlucy Alves.; MEYER, Dagmar Estermann (Orgs.). **Metodologias de pesquisas pós-crítica em educação**. 2 ed. Belo Horizonte: Mazza, 2014, p. 25-47.

\_\_\_\_\_, Marlucy Alves. Apresentação. In: \_\_\_\_\_ (Org.). **Pesquisas sobre currículos e culturas: temas, embates, problemas e possibilidades**. Curitiba: CRV, 2010.

\_\_\_\_\_, Marlucy Alves. **Currículo e mídia educativa brasileira: poder, saber e subjetivação**. Chapecó: Argos, 2007. 274 p.

\_\_\_\_\_, Marlucy Alves. Encontros com novas subjetividades nas experimentações curriculares. In: **XIII Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino**, 23-26 de abril, 2006. Anais... (pp. 1-12). Recife: UFPE, 2006.

\_\_\_\_\_, Marlucy Alves. Contribuições dos estudos culturais para a educação. **Presença Pedagógica**. Belo Horizonte, v. 10, n. 55, p. 53-61, 2004.

\_\_\_\_\_, Marlucy Alves. Lutas ente culturas no currículo em ação da formação docente. Rev. **Educação e Realidade**. Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 137-157, 1996.

PECI, Alketa, et al. A construção do “real” e práticas discursivas: o poder nos processos de institucionaliz(ação). **RAC**, v. 10, n. 3, p. 51-71, 2006.

PENAFORTE, Julio C. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. In: MAMEDE, Sílvia.; PENAFORTE, Julio C. (Orgs.). **Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional**. São Paulo: Hucitec/ ESP-CE, 2001. p. 49-78.

PEIXOTO, José M. et al. Atitude do estudante de Medicina a respeito da relação médico-paciente x modelo pedagógico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 2, p. 229-236. 2011.

POPKEWITZ, Thomas S. História do currículo, regulação social e poder. In: SILVA, Tomas Tadeu da (Org.). **O sujeito da educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 2008, p. 173-210.

POGREBINSCHI, Thamy. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **LUA NOVA**, nº 63, p. 179-201, 2004.

PUTNAM, A. R. Problem-based teaching and learning in educational technology. Paper apresentado na **75 Conferencia Annual da Association for Career and Technical Education**, New Orleans, 13-16 dez. 2001. Disponível em: <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED465039.pdf>. Acessado em 10. 07. 2018.

REIS, Cristina d'Ávila. **Currículo escolar e gênero: a constituição generificada de corpos e posições de sujeito meninos-alunos**. 2011. 154 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - UFMG, Belo Horizonte, 2011.

RIBEIRO, Vândiner. **Currículo e MST: Relações de poder-saber e a produção da “subjetividade lutadora”**. Tese doutorado, PPGE/UFMG, 2013.

ROSE, Nikolas. **A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI**. [Tradução Paulo Ferreira Valerio]. – São Paulo: Paulus, 2013.

ROSE, Nikolas. “Governando a alma: a formação do eu privado”. In: SILVA, Tomas Tadeu da (org.). **Liberdades reguladas**. Petrópolis: Vozes, p.30-45, 1988.

SANTOS, Luís Henrique Sacchi. Sobre o etnógrafo turista e seus modos de ver. In: COSTA, Marisa Vorraber; BUJES, Maria Isabel Edelweiss. **Caminhos Investigativos III: riscos e possibilidades**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

SANTOS, Lucíola Licínio Paixão; PARAÍSO, Marlucy Alves. Dicionário Crítico da Educação: Currículo. **Presença Pedagógica**. V. 2, n. 7, p. 82-84. 1996.

SANTOS, J.O. Filosofia da Educação Médica: interpretação da práxis. **Rev. bras. educ. med.** 1986; 10(2): 82-6.

SCISLESKI, Andrea; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. Pensando o governo: produzindo políticas de vida e de extermínio. **Athenea Digital**, n. 11, v. 2, p. 85-99, 2011.

SCHEFFER, Mário. et al. **Demografia Médica no Brasil 2015**. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2015.

SENA, Tais S.; COSTA, Mariana L. Reflexões sobre a inserção da temática Gestão da Clínica na formação profissional em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 278-285. 2016.

SILVA, Sonia Leite da. et al. Estratégia Educacional Baseada em Problemas para Grandes Grupos: Relato de Experiência. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 4, p. 607-613. 2015.

SILVA, Priscila. Dispositivo: Um conceito, uma estratégia. **Profanações**. v 1, n. 2, p. 144-158, 2014.

SILVA, Marcos Carneiro. Os processos de governamentalidade na escola e as lutas transversais. **Conjectura: Filos. Educ.**, Caxias do Sul, v. 20, n. 3, p. 38-55, set./dez. 2015.

SILVA JUNIOR, A. G.; ANDRADE, H. S. Formação médica no Programa Mais Médicos: alguns riscos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2670-2671, 2016.

SILVA, Elenita Pinheiro de Queiroz. **A invenção do corpo e seus abalos: diálogos com o ensino de biologia**. 201 f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2010.

SILVA, Tomaz Tadeu da. **Documentos de identidade: uma introdução às teorias do currículo**. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

\_\_\_\_\_, Tomaz Tadeu da. **Identidades Terminais: as transformações na política da pedagogia e na pedagogia da política**. 1ª ed., Petrópolis: Vozes, 1996, [cap. 04 e 09].

SMOLKA, Maria L. R. M. et al. Autonomia no contexto pedagógico: percepção de estudantes de Medicina acerca da Aprendizagem Baseada em Problemas. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 38, n. 1, p. 5-14. 2014.

SOUZA, Fábio G. de M.; MENEZES, Maria da G.C. Estresse nos estudantes de Medicina da Universidade Federal do Ceará. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 29, n. 2, p. 91-96. 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq. Bras. Cardiol.** 2019.

TAROCO, Ana P. R. M. et al. Currículo orientado por competência para a compreensão da integralidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 41, n. 1, p. 12-21. 2017.

TENÓRIO, Leila P. et al. Saúde mental de estudantes de escolas médicas com diferentes modelos de ensino. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 4, p. 574-582. 2016.

TURINI, Barbosa; ALMEIDA, Marcio J. Os professores de Medicina e o ensino de graduação extramuros. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 3, p. 151-161. 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. **Projeto Pedagógico do curso de Medicina**. Arapiraca: UFAL/Campus de Arapiraca, 2017. Disponível em: <http://www.ufal.edu.br/estudante/graduacao/projetos-pedagogicos/campus-arapiraca/medicina> Acessado em diferentes datas.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. **Guia do Professor**. Arapiraca: UFAL/Campus de Arapiraca, 2018a.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS. **Manual do discente: modulo metabolismo 2018.2**. Arapiraca: UFAL/Campus de Arapiraca, 2018b.

VARGAS, Lúcia H. M. et al. Inserção das ciências básicas no currículo integrado do curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 2, p. 174-179. 2008.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault e a educação**. 3 ed. Belo Horizonte; Autêntica, 2016.

\_\_\_\_\_, Alfredo. Currículo e cotidiano escolar: novos desafios. Texto apresentado no **Simpósio Diálogo sobre Diálogos**, na Universidade Federal Fluminense (UFF), 2008a. Disponível em: <http://www.andreaserpauff.com.br/arquivos/disciplinas/curriculo/CURRICULO%20VEIGA%20NETO.pdf>; Acessado em diferentes datas.

\_\_\_\_\_, Alfredo. Crise da modernidade e inovações curriculares: da disciplina para o controle. **Revista de Ciências da Educação**, Lisboa: Sísifo, n.7, p.133-142, 2008b.

\_\_\_\_\_, Alfredo. Olhares... In: COSTA, Marisa Vorraber; VEIGA-NETO, Alfredo (Orgs.). **Caminhos Investigativos I: novos olhares na pesquisa em educação**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2007, p. 23-38.

\_\_\_\_\_, Alfredo; LOPES, Maura Corcini. Inclusão e governamentalidade. **Educ. Soc.**, Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 947-963, out. 2007.

\_\_\_\_\_, Alfredo. Dominação, violência, poder e educação escolar em tempos de Império. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, Alfredo. (Org.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 13-38.

\_\_\_\_\_, Alfredo. Governo ou Governamento. **Currículo sem Fronteiras**, v.5, n.2, p.79-85, Jul/Dez, 2005. Disponível em: <<http://www.curriculosemfronteiras.org/vol5iss2articles/veiga-neto.pdf>>. Acesso em 03 de outubro de 2019.

VENTURELLI, José; FIORINI, Vania M. L. Programas educacionais inovadores em escolas médicas: capacitação docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 24, n. 3, p. 7-21. 2001.

VILA, Ana Carolina Dias; VILA, Vanessa da Silva Carvalho. Tendências da produção do conhecimento na educação em saúde no Brasil. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 177-190, 2007.

WIERZCHON, Patricia M. “O ensino médico no Brasil está mudando?” Transpondo desafios para concretizar mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 1, p. 62-66. 2002.

WORTMANN, Maria Lúcia. Dos riscos e dos ganhos de transitar nas fronteiras dos saberes. In: COSTA, Marisa Vorraber e BUJES, Maria Isabel Edelweiss (org.). **Caminhos investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.

## APÊNDICES

**Apêndice 1:** Modelo utilizado como Roteiro de debate para sessão de Grupo Focal.

<b>Roteiro de Debate para sessão de Grupo Focal</b>
<b>Encontro II: dia 11/06/2019</b>
<b>Tópico de discussão:</b> Identificação dos Discursos sobre Formação médica e uso de metodologias ativas
<b>Objetivo:</b> Por meio de uma dinâmica, estimular os estudantes a expressarem sua compreensão sobre o tipo de medico formado com base no uso das MAs.
<b>Plano de Trabalho:</b>
<b>Estimulo para discussão:</b> Usar um pedaço de papel com o perfil médico desejado pelo currículo, e questionar se a formação com as MAs garante aquele tipo de perfil, pedir para justificar... (15 min)
<p><b>Discussão:</b> (60 min)</p> <p><u>‘Tecnologias de dominação’ e as práticas institucionalizadas de objetivação de uns sobre outros.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O que é ser médico/a? O que deve ser levado em consideração para se tornar esse tipo de médico/a?</li> <li>- O que vocês aprendem sobre ser médico/a nas praticas curriculares do curso fundamentadas pelas MAs?</li> <li>- Como é a organização dos seus estudos? (conteúdos e atividades privilegiadas).</li> <li>- O que faz com que você priorize alguns conteúdos ou práticas em detrimento de outros?</li> <li>- Quais aprendizagens desenvolvidas desde o início do seu curso foram/são mais significativas? Quais as maiores dificuldades enfrentadas?</li> <li>- Comente uma ação que teve muito impacto na sua formação.</li> <li>- O currículo deve ser orientado por práticas na comunidade! Vocês gostam? Ou preferem outro tipo de prática?</li> <li>- Você tem na memória algum/a professor/a que considere ser figura importante para constituição do seu modo de ser médico/a? Descreva esse profissional ou narre algumas memórias relacionadas ao modo de ser desse/a professor/a. Essas memórias podem ser positivas ou negativas, deixe claro como esse modo de ser professor/a interfere/interferiu na sua formação.</li> </ul>
Geração de tópico para o próximo encontro (15 min.)
Confraternização com lanche.

Fonte: Adaptação aos modelos descritos por Silva (2010) e Dal’igna (2012).

**Apêndice 2:** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido utilizado com os sujeitos da pesquisa.

<p><b>Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para pesquisa na área de educação destinado aos/às discentes</b></p>
<p><b>Título da Pesquisa:</b> Metodologias Ativas em um currículo de formação médica: otimismo, transcendentalismo, biopolítica e autogoverno.  <b>Instituição/Curso pesquisado:</b> UFAL (Campus de Arapiraca / Curso de Graduação em Medicina).  <b>Pesquisador Responsável:</b> Profº Ms. Raimundo R. de França Jr.  <b>E-mail:</b> <a href="mailto:raimundoufal@yahoo.com.br">raimundoufal@yahoo.com.br</a></p>
<p><b>1. Esta seção fornece informações acerca do estudo em que está sendo convidado(a) a participar:</b></p> <p><b>A.</b> Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem por objetivo <i>investigar produção de sujeitos engendrados no currículo de graduação em medicina da UFAL (Campus de Arapiraca), para compreender os efeitos de suas práticas nos/as discentes do curso.</i> Dito de outro modo, o que se pretende nessa pesquisa é <i>descrever e analisar o que (e como) esse currículo faz, em termos de produção.</i></p> <p><b>B.</b> Em caso de dúvida, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável através do endereço eletrônico fornecido neste termo.</p> <p><b>C.</b> Se você concorda em participar desse estudo, para a produção das informações, serão realizados grupos focais com os discentes do curso de medicina no decorrer do semestre 2019.1. O pesquisador registrará o que ocorrer nas sessões de grupo, utilizando como instrumento caneta, caderno e gravador de áudio. Tais informações serão mantidas em arquivo, sob guarda do pesquisador pelo período de cinco anos.</p>
<p><b>2. Esta seção descreve seus direitos como participante desta pesquisa:</b></p> <p><b>A.</b> Você poderá fazer perguntas sobre a pesquisa a qualquer momento e tais questões serão respondidas.</p> <p><b>B.</b> A participação é confidencial. Apenas o pesquisador responsável terá acesso à identidade dos participantes. No que tange as publicações ou apresentações relacionadas à pesquisa, nenhuma informação que permita a identificação será revelada. Também nenhuma informação, mesmo que falada, será utilizada caso o sujeito pesquisado solicite sua omissão.</p> <p><b>C.</b> Sua participação é voluntária. Você poderá desistir ou sair, se o desejar, em qualquer momento da realização da pesquisa, bem como pode se recusar a responder qualquer questão específica sem qualquer punição.</p>
<p><b>3. Esta seção indica que você está dando seu consentimento para que participe da pesquisa:</b></p> <p><b>Participante:</b>  O pesquisador Raimundo R. de França Jr., aluno do curso de Doutorado em Educação da Faculdade de Educação (FACED) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), e seu orientador, Prof. Dr. Marlécio Maknamara (FACED/UFBA) solicitam sua participação no estudo intitulado <i>Metodologias Ativas em um currículo de formação médica: otimismo, transcendentalismo, biopolítica e autogoverno.</i></p> <p>Eu concordo em participar desta investigação no nível indicado a seguir:</p>

( ) Grupo Focal com gravação de áudio.

Eu li e compreendi as informações fornecidas. Eu entendi e concordo com as condições do estudo como descritas. Eu entendo que receberei uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Eu, voluntariamente, participarei desta pesquisa, sem ônus para mim e para o pesquisador envolvido. Portanto, concordo com tudo que esta escrito acima e dou meu consentimento.

Arapiraca, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
Nome legível do/a discente

\_\_\_\_\_  
Assinatura do/a discente

**Pesquisador:**

Eu garanto que este procedimento de consentimento foi seguido e que eu respondi quaisquer questões que o participante colocou da melhor maneira possível.

Arapiraca, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

\_\_\_\_\_  
Raimundo R. de França Jr.  
Pesquisador Responsável