UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

MATHEUS MAGNO DOS SANTOS FIM

O ESTÁGIO DE HUMANIZAÇÃO NO CURSO DE MEDICINA: PROBLEMATIZANDO OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO

VITÓRIA/ES
2025

MATHEUS MAGNO DOS SANTOS FIM

O ESTÁGIO DE HUMANIZAÇÃO NO CURSO DE MEDICINA: PROBLEMATIZANDO OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo como requisito parcial para a obtenção do título de doutor em Psicologia Institucional.

Linha de pesquisa: Políticas públicas, trabalho e processos formativo-educacionais.

Orientadora: Profª. Drª. Janaína Mariano César

VITÓRIA/ES
2025

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Fim, Matheus Magno dos Santos, 1994-
F489e O estágio de humanização no curso de medicina : problematizando os processos de formação / Matheus Magno dos Santos Fim. - 2025.
158 p. : il.

Orientadora: Janaína Mariano César.

Tese (Doutorado em Psicologia Institucional) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Humanização dos serviços de saúde. 2. Educação médica. 3. Medicina – Estudo e ensino. 4. Médicos – Formação. 5. Pesquisa-intervenção. I. César, Janaína Mariano. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

Elaborado por Sandra Mara Borges Campos– CRB-6 ES-593/O

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL

ATA DA SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE TESE DO DOUTORADO DO(A) DISCENTE MATHEUS MAGNO DOS SANTOS FIM

Às 09h do dia 24 de outubro de 2025, no Centro de Ciências Humanas e Naturais/CCHN - UFES, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos Professores Janaína Mariano César (Orientador), Alexsandro Rodrigues (Membro Interno), Cristiana Mara Bonaldi (Membro Interno), Simone Mainieri Paulon (Membro Externo) e Adriana Marcondes Machado (Membro Externo), para a sessão pública de defesa de tese de **Matheus Magno dos Santos Fim** intitulada **"O ESTÁGIO DE HUMANIZAÇÃO DO CURSO DE MEDICINA: PROBLEMATIZANDO OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO".** Presentes os membros da banca e o(a) examinando(a), o(a) orientador(a) Janaína Mariano César deu início à sessão, passando a palavra ao(à) discente; após exposição de 30 minutos por parte do(a) examinando(a), os membros da banca formularam as suas arguições, as quais foram respondidas pelo(a) discente: em seguida, o(a) presidente da sessão solicitou que os presentes deixassem a sala para que a banca pudesse deliberar; ao final das deliberações, o(a) presidente da sessão convocou o(a) doutorando(a) e os interessados para ingressarem na sala; com a palavra, o(a) orientador(a) leu a decisão da banca que resultou na **APROVAÇÃO** do(a) examinando(a); por fim, o(a) presidente da sessão alertou que o(a) aprovado(a) somente terá direito ao título de Doutor após entrega da versão final de sua tese, em meio digital, à Secretaria do Programa e ter 01 (um) artigo científico ou capítulo de livro publicado e 01 (um) artigo científico ou capítulo de livro submetido, originados da Tese, em periódico nacional e/ou internacional arbitrado, ou livro qualificado na área, sendo ao menos um dos artigos publicado ou submetido em coautoria com o(a) orientador(a). Nada mais havendo, foi encerrada a sessão da qual se lavra a presente ata, que vai assinada pelos membros da banca examinadora.

Documento assinado digitalmente
JANAINA MARIANO CESAR
Data: 30/10/2025 08:07:17-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Drª. Janaína Mariano César
(Orientadora)

Vitória

Documento assinado digitalmente
SIMONE MAINIERI PAULON
Data: 31/10/2025 19:58:23-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Drª. Simone Mainieri Paulon
(Membro externo)

Documento assinado digitalmente
ALEXSANDRO RODRIGUES
Data: 07/11/2025 13:13:26-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Prof. Dr. Alexsandro Rodrigues
(Membro interno)

Documento assinado digitalmente
ADRIANA MARCONDES MACHADO
Data: 09/11/2025 20:28:09-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Drª. Adriana M. Machado
(Membro externo)

Documento assinado digitalmente
CRISTIANA MARA BONALDI
Data: 11/11/2025 10:27:59-0300
Verifique em https://validar.iti.gov.br

Profª. Drª. Cristiana Mara Bonaldi
(Membro interno)

AGRADECIMENTOS

Agradeço à espiritualidade, aos seres invisíveis, não-humanos e humanos, que me guiaram, desacomodaram e me sustentaram com infinita sabedoria. Sou grato a todas(os) as(os) guias que me acompanham nesta jornada e agradeço à presença felina de Amora, Caju, Frederico, Nino e Luna, às minhocas, abelhas e plantas por todo o companheirismo, carinho, alegria e trabalho fundamental para a nossa existência.

Agradeço minha mãe Maria Helena, meu pai Sergio, minha irmã Lorena, minhas tias, tios e primas por todo o apoio indispensável e à vovó Maria que segue comigo no coração. Agradeço ao meu companheiro Rafa por todo o amor e pelo cotidiano que compartilhamos, por sua paciência de me ouvir e contribuir com o seu pensamento e interesse em cada etapa. Sou grato a todas as amizades e amores que tornam a vida mais leve e possível.

Agradeço à Jana que além de orientadora é companheira, amiga e incentivadora dos processos de pesquisa e da vida. Sou grato à sua atenção generosa que, como apontado por Foucault (2006), "cuida do cuidado que aquele que é guiado pode ter de si mesmo". Agradeço também à Rosi, Izabel, Vanessa e Dani, companheiras do grupo Entre-visões pelo exercício de orientação compartilhada e pelas interferências que afirmam o coletivo no pesquisar.

Agradeço às professoras Adriana, Simone, Cris e Alex pela disponibilidade de participarem da banca em um encontro singular, contribuindo de maneira interessada, alegre e potente com a construção deste trabalho.

Agradeço às/aos estudantes que compartilharam o desafio de sustentar o Estágio em Humanidades Médicas, às/aos professoras(es) e coordenadoras(es) do curso de Medicina pelo aceite da pesquisa. Agradeço ao PPGPSI a oportunidade de compor a Turma 1 do doutorado e apresentar a primeira tese do programa, podendo partilhar com as(os) colegas pesquisadoras(es) algumas problematizações que fazem parte da história da Análise Institucional no Brasil. Também agradeço às/aos estudantes da Psicologia da Ufes pela experiência formativa no estágio em docência.

Por fim, gostaria de agradecer à pluralidade de vozes e perspectivas que possibilitaram esta pesquisa. Para além de qualquer ideia de mérito individual, pesquisar se faz com incontáveis contribuições que não estão presentes na lista de referências bibliográficas. Uma tese só é possível no coletivo e que no coletivo siga produzindo reverberações. Obrigado!

Definitivamente não somos iguais, e é maravilhoso saber que cada um de nós que está aqui é diferente do outro, como constelações. O fato de podermos compartilhar esse espaço, de estarmos juntos viajando não significa que somos iguais; significa exatamente que somos capazes de atrair uns aos outros pelas nossas diferenças, que deveriam guiar o nosso roteiro de vida. Ter diversidade, não isso de uma humanidade com o mesmo protocolo.

(Ailton Krenak – Ideias para adiar o fim do mundo)

RESUMO

A presente tese tem como objetivo problematizar práticas de humanização colonizadora nos processos de formação médica, a partir dos dispositivos propostos no Estágio de Humanidades Médicas realizado em uma Unidade Básica de Saúde no município de Vitória/ES, como parte do currículo do curso de Medicina em um estabelecimento de ensino superior privado. A pesquisa-intervenção, com direção da Análise Institucional e orientada pelo método cartográfico, se constituiu na análise dos efeitos formativos dos dispositivos construídos com as(os) estudantes, sendo eles: Diário reflexivo, Leitura de Encaminhamentos e da História de Tereza, Caminhada, Acolhimento, Grupo, Avaliação e Restituição. Os analisadores presentes nas ferramentas diário de pesquisa e diário reflexivo possibilitam questionar as noções instituídas que atravessam a racionalidade médica colonial, como cuidado, saúde e empatia. As análises apontam o exercício de uma humanização insurgente na experiência formativa, a partir de práticas participativas que provocam intervenções nos processos de subjetivação, a fim de possibilitar deslocamento dos lugares instituídos da(o) médica(o), da(o) paciente, da(o) estudante e do(a) professor(a).

Palavras-chave: Humanização; Formação; Educação Médica; Medicina; Pesquisa-intervenção

RESUMEN

Esta tesis busca problematizar las prácticas de humanización colonizadora en los procesos educativos, a partir de los dispositivos propuestos en la pasantía de Humanidades Médicas, realizada en una Unidad Básica de Salud de la ciudad de Vitória, Espírito Santo, como parte del currículo de Medicina de una institución privada de educación superior. La investigación-intervención, guiada por el Análisis Institucional y el método cartográfico, consistió en analizar los efectos formativos de los dispositivos construidos con los estudiantes: Diario reflexivo, Apertura de las Derivaciones y el Relato de Tereza, Paseo, Recepción, Grupo, Evaluación y Restitución. Los analizadores presentes en las herramientas diario de investigación y diario reflexivo permiten cuestionar las nociones establecidas que permean la racionalidad médica colonial, como el cuidado, la salud y la empatía. Los análisis apuntan al ejercicio de una humanización insurgente en la experiencia formativa, basada en prácticas participativas que provocan intervenciones en los procesos de subjetivación, con el fin de posibilitar el desplazamiento de los lugares establecidos del médico, el paciente, el estudiante y el docente.

Palabras clave: Humanización; Educación; Facultades de Medicina; Medicina; Investigación-intervención

ABSTRACT

This thesis aims to problematize colonizing humanization practices in educational processes, based on the dispositifs proposed in the Medical Humanities internship conducted at a Primary Health Unit in the city of Vitória, Espírito Santo, as part of the medical school curriculum at a private higher education institution. The intervention-research, guided by Institutional Analysis and the cartographic method, consisted of analyzing the formative effects of the dispositifs constructed with the students: Reflective diary, Opening of Referrals and Tereza's Story, Walk, Reception, Group, Evaluation, and Restitution. The analyzers present in the research journal and reflective diary tools allow us to question the established notions that permeate colonial medical rationality, such as care, health, and empathy. The analysis points to the exercise of an insurgent humanization in the formative experience, based on participatory practices that provoke interventions in the processes of subjectivation, in order to enable the displacement of the established places of the doctor, the patient, the student and the teacher.

Key-words: Humanization; Education; Medical School; Medicine; Intervention-research

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....11
1 PROCESSOS DE PESQUISA EM DERIVA: CONTORNOS DE UM CAMPO PROBLEMÁTICO.....14
1.1 Análise da encomenda: caminhando no encontro entre humanização e formação.....19
2 PROBLEMATIZANDO A HUMANIZAÇÃO COLONIZADORA.....26
3 DISCURSOS E PRÁTICAS NA CONSTITUIÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA.....39
3.1 Breve histórico da educação médica no Brasil: a construção de um campo em disputa.....43
3.2 Intercessões entre humanização e Psicologia na educação médica: possibilidades de intervenção.....51
4 A CONSTRUÇÃO DO ESTÁGIO DE HUMANIDADES MÉDICAS: PROPONDO DISPOSITIVOS DE FORMAÇÃO.....59
5 DISPOSITIVO ABERTURA DE ENCAMINHAMENTOS E ENCONTRO COM A HISTÓRIA DE TEREZA: PROVOCAÇÕES ÀS SEPARAÇÕES MEDICINA-PSICOLOGIA.....69
6 DISPOSITIVO DIÁRIOS REFLEXIVOS: CARTOGRAFANDO OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO.....77
7 DISPOSITIVO CAMINHADA: O ENCONTRO COM O TERRITÓRIO/ENTRE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL.....90
8 DISPOSITIVO GRUPO: O ACOLHIMENTO COMO EXERCÍCIO.....101
9 DISPOSITIVO AVALIAÇÃO: PROBLEMATIZANDO AS METODOLOGIAS ATIVAS.....118
10 DISPOSITIVO RESTITUIÇÃO: UM RETORNO AO CAMPO DAS PRÁTICAS.....133
11 AFIRMAÇÕES FINAIS.....143
12 REFERÊNCIAS.....148

APRESENTAÇÃO

A presente tese foi produzida entre campo de trabalho, pesquisa e formação com o objetivo de problematizar práticas de humanização colonizadora nos processos formativos no campo da Medicina. Com direção institucionalista (Lourau, 1993) situada no contexto brasileiro (Barros; Amador, 2001; Rodrigues, 2006; Rossi; Passos, 2014), propomos uma cartografia (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009; Passos; Kastrup; Tedesco, 2014) da experiência de construção do Estágio de Humanidades Médicas, realizado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Vitória/ES, disciplina obrigatória da grade curricular do curso de Medicina de um estabelecimento privado de ensino superior.

A noção de experiência afirmada nesta pesquisa busca desviar da aprendizagem resumida ao treinamento individual de habilidades e ao acúmulo de informações e de verdades objetivas de um mundo já dado (Bondía, 2002). Por outro lado, buscamos acionar uma direção de formação que tem o corpo como superfície e lugar de passagem para afetações que produzem incômodo e desacomodação, provocando movimentos de diferenciação e desindividualização (César, 2013). Também afirmamos um processo de formação possível no coletivo através dos dispositivos formativos construídos com estudantes, que são sujeitos participantes da presente pesquisa.

No processo de pesquisa que se produz nos cotidianos da formação (Alves, 2015; Ferraço, 2007), pretendemos encontrar analisadores (Lourau, 2004b) e acontecimentos que potencializam processos de reposicionamento (César, 2013). Trata-se de um convite a

> [...] parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (Bondía, 2002, p. 24).

Nessa proposta, por meio da sustentação de problematizações acerca da humanização no campo da formação, apostamos em um processo formativo que produza fissuras nas lógicas neoliberais e coloniais da branquitude, que, por sua vez, produzem objetificação, distanciamento e submetimento. No primeiro capítulo, as questões que constituem o campo problemático que emerge do encontro da humanização com processos formativos serão apresentadas a partir da análise da encomenda de construção de disciplinas de Estágio de Humanidades Médicas.

A análise da encomenda segue no Capítulo 2, no qual apresentamos a problematização sobre a noção de “humano” e “humanização”, ampliando as discussões presentes em estudos e pesquisas sobre a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008) em diálogo com cosmologias indígenas (Krenak, 2019) e epistemologias feministas decoloniais (Bento, 2022; Carneiro, 2023; Lugones, 2014). Neste capítulo, colocamos em questão as práticas de humanização colonizadora, desafios e possibilidades de se pensar a humanização em uma perspectiva insurgente a fim de intervir nos modos como nos constituímos humanos.

No Capítulo 3, seguimos a análise da encomenda que se desdobra nas problematizações sobre o campo da formação médica. Serão apresentados discursos e práticas que atravessam os processos de constituição do saber da clínica (Foucault, 1977) e do saber médico no Brasil (Vane, 2019; Rocha, 2017). Também apresentaremos os modos como a humanização tem sido convocada na formação médica a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) (Brasil, 2001; Brasil, 2014a) e como saber associado ao campo da Psicologia.

No Capítulo 4, apresentamos o procedimento de construção da pesquisa e do Estágio de Humanidades Médicas. Neste capítulo, será compartilhado um processo de formação possível na criação de dispositivos (Foucault, 1995; Kastrup; Benevides, 2009) como meio de produzir intervenções e modificações nas práticas (César, 2013). A partir do Capítulo 5, serão apresentadas as análises dos dispositivos que mobilizaram a experiência do estágio, construídos com a participação das(os) estudantes.

No Capítulo 5, apresentamos as discussões do primeiro dia do estágio provocadas a partir do dispositivo “Abertura de Encaminhamentos” e “Encontro com a história de Tereza” (Bonaldi; Barros, 2019), que operaram como convite para problematizar as separações entre Medicina e Psicologia, assim como os lugares instituídos da(o) médica(o) e paciente, efeitos da racionalidade médica produzida na modernidade colonial.

No Capítulo 6, mostramos o dispositivo “Diário Reflexivo”, que operou como convite para ampliarmos as problematizações sobre os processos de formação e humanização para além do tempo-espaço do estágio. As análises, tecidas com a escrita dos diários disponibilizados pelas(os) estudantes, desnaturalizam as práticas que constituem o hospital-escola, a noção de empatia, cuidado e os processos de individualização e objetificação.

No Capítulo 7, compartilhamos o dispositivo “Caminhada”, que operou como cartografia do bairro onde era realizado o Estágio de Humanidades Médicas e possibilitou o encontro com o

Serviço de Acolhimento Institucional para pessoas em situação de rua. A análise desse dispositivo segue na intercessão entre o campo da saúde e da assistência social, possibilitando encontrar pistas que fissuram o casulo do humano (Krenak, 2019) e o exercício de uma relação em que o outro comparece como sujeito em sua complexidade.

No Capítulo 8, apresentamos o dispositivo "Acolhimento" e o "Grupo da Primeira Idade", construídos no contexto do estágio com estudantes e usuárias da UBS. A análise é feita a partir do diálogo com as problematizações sobre as práticas de acolhimento (Brasil, 2006) e do exercício de um manejo cogestivo (Melo; Schaeppi; Soares; Passos, 2015), colocando em questão a participação e a autonomia nos processos de produção de saúde.

No Capítulo 9, compartilhamos o dispositivo "Avaliação", que, para além de uma atividade protocolar, operou como meio de acessar os efeitos do estágio e de problematização sobre as Metodologias Ativas e os processos de subjetivação neoliberais que atravessam a formação a fim de afirmar processos formativos pela via da invenção (Kastrup, 1997).

No Capítulo 10, abordamos o dispositivo "Restituição" (Lourau, 1993), proposto às(aos) estudantes após a finalização do Estágio de Humanidades Médicas e do vínculo como professor-psicólogo com o estabelecimento de ensino. O encontro possibilitou acessar efeitos formativos dos dispositivos construídos no estágio e seguiu na direção de devolver as questões da pesquisa ao campo das práticas (Almeida; César; Luciano; Carvalho, 2018) em um processo de análise coletiva que aproximou pesquisador e sujeitos da pesquisa.

Por fim, no Capítulo 11, compartilhamos as Conclusões da pesquisa a partir de afirmações e questões que seguem convocando problematizações sobre a humanização nos diversos campos de formação e de trabalho.

Seguimos com o convite de partilha de uma cartografia em meio aos processos de formação e às práticas de humanização. Para este percurso, convidamos ao movimento de cultivo de uma atenção aberta, dando lugar aos questionamentos, estranhamentos e encontros.

1 PROCESSOS DE PESQUISA EM DERIVA: CONTORNOS DE UM CAMPO PROBLEMÁTICO

> É impossível seguir o caminho sem *curiosear*, é também impossível continuar seguindo o mesmo caminho. Impossível não derivar, não entrar pelo mato, não tomar a picada, não se perder ou mudar de direção (Bonaldi; Barros, 2019, p. 12).

Começo o presente texto anunciando uma mudança de percurso de pesquisa. Mas, afinal, seria uma mudança ou o próprio percurso? Desde o mestrado, venho aprendendo um fazer cartográfico[1], possível no cultivo de um *curiosear,* acompanhando processos em diferentes territórios existenciais (Alvarez; Passos, 2015). O trabalho como aprendiz-cartógrafo não se propõe a representar um mundo previamente construído ou a fazer um sobrevoo sobre uma realidade a ser investigada, mas pressupõe que afirmemos nossas implicações em um processo de produção constante. Sigo no desafiador compromisso de manter atenção aos campos problemáticos em que tenho transitado como psicólogo-professor-pesquisador, movimento que comparece nas derivas do pesquisar.

Finalizei a dissertação de mestrado "do alto de uma trilha[2]", que se fez como uma caminhada por paisagens psicossociais (Barros; Kastrup, 2009) marcadas pela pandemia da Covid-19. Até aquele ponto, havia percorrido desde a graduação, nos estágios curriculares e projeto de extensão, o campo das políticas públicas destinadas às infâncias, atravessadas pela lógica colonialista e adultocêntrica (Fim; César, 2022). Naquele percurso, com o auxílio de trabalhadoras(es), pude ouvir sobre alguns "problemas do cuidado" produzidos no trabalho com crianças. Tais questões soaram para mim como um encanto e resolvi ficar com tais problemas (Haraway, 2020), seguindo por outros campos a partir daquelas afetações.

Naquele momento a pesquisa do mestrado se encerrou apontando a direção de um cuidado-participativo que, a princípio, afirma a ideia de que o ato de cuidar, em uma dimensão ético-política, pressupõe a participação daquele que é cuidado. Essa é uma torção paradoxal, pois quem é cuidado surge também como quem cuida. Tal noção pode parecer um tanto redundante, mas deve ser constantemente afirmada diante dos processos de objetificação que vivenciamos

---

[1] A pesquisa cartográfica ou o método cartográfico se constitui no Brasil nos movimentos realizados por pesquisadoras(es) comprometidas(os) com os debates acerca dos modos instituídos de produção de conhecimento (Passos; Kastrup; Escóssia, 2009; Passos; Kastrup; Tedesco, 2014). O termo cartografia, originado no campo da geografia e operado como intercessor a partir do trabalho de Deleuze e Guattari (1995), afirma o ato de pesquisar como um mapa processual, que visa acompanhar os processos de produção ao invés de decifrar, desvendar ou representar uma realidade já formada. A discussão sobre a cartografia será ampliada no Capítulo 4.

[2] Referência ao último capítulo da dissertação denominado "Inconclusões: do alto da trilha vislumbramos novos caminhos" (Fim, 2022).

no contemporâneo. Buscamos afirmar que cuidar não é um ato de um sujeito direcionado a um objeto de cuidado, mas se faz na atenção para as relações e em corresponsabilidade. É uma via de mão dupla, possível no encontro com a diferença, na sustentação dos incômodos e na instauração de outros modos de vida (Fim; César, *no prelo*).

Do alto daquela trilha, desci por um caminho que me levou por outras paisagens além do campo problemático das infâncias. Segui com os problemas do cuidado como servidor efetivo no cargo de psicólogo em um Serviço de Acolhimento Institucional para mulheres com deficiência, denominado Residência Inclusiva, que compõe a alta complexidade do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Brasil, 2014b). A vivência naquela política produziu diversas inquietações que deram forma ao projeto de doutorado, no qual tinha o objetivo de problematizar a questão do cuidado nas práticas de trabalho das(os) psicólogas(os) nas Residências Inclusivas, campo com grande lacuna de pesquisas.

Entretanto, durante essa trilha, encontrei alguns percalços que me fizeram mudar de caminho. Havia, no município onde atuava, diversas violações de direitos presentes nos Serviços de Acolhimento Institucional, assim como um processo de gestão autoritária, manifestada em diferentes episódios de assédio moral, que por vezes impediram a construção de um trabalho que fosse além de suprir necessidades básicas. Junto à assistente social que compartilhava comigo o trabalho como equipe técnica, buscamos construir condições para ampliar a participação das acolhidas em seus processos de vida. Porém, antes do início do doutorado, pedi exoneração como servidor da cidade após conflitos com a gestão em função de algumas denúncias realizadas diante de diversas violações de direitos.

Após esses acontecimentos, segui caminhando como trabalhador do SUAS, mas em outro município, permanecendo por seis meses como psicólogo em um vínculo de contrato temporário no Centro de Referência Especializado da Assistência Social Para a População em Situação de Rua (Centro PoP) (Brasil, 2014b). Nesse outro serviço, percebi novas questões relativas aos problemas do cuidado, tendo em vista as práticas de tutela e moralização direcionadas à população de rua e que facilmente poderíamos reproduzir como equipe técnica. Entretanto, meu percurso novamente foi interrompido, após episódios de assédio moral e sexual por parte da coordenação naquela época, que culminaram em outra denúncia realizada à gestão municipal.

Após essa passagem marcada por diferentes violências em dois serviços da política de assistência social, me vi com dúvidas sobre qual caminho tomar dali em diante. As mudanças

que ocorreram se deram em meio à raiva, à decepção e ao questionamento sobre quais práticas estaríamos reproduzindo nas políticas públicas. Estava desanimado e, ao mesmo tempo, com pouco tempo para pensar em saídas que me pudessem possibilitar "pagar as contas" de uma forma minimamente digna.

Tal rompimento ocorreu junto ao fim do mestrado, abrindo a possibilidade de trabalhar como docente, caminho que me despertava interesse desde o fim da graduação. Em outra mudança inesperada de direção, após processos seletivos para algumas possibilidades de trabalho em cursos de Psicologia, fui contratado para ser professor em um curso de Medicina de um estabelecimento privado, com o objetivo de ser preceptor de estágio em uma UBS e como docente em disciplinas teóricas. Esse contrato durou dois anos. Paralelamente a isso, também iniciava o percurso no doutorado, de modo que passei a perceber a necessidade de mudança do projeto de pesquisa, a partir das diversas questões que me tomavam naquele momento e que se somavam aos "problemas do cuidado" que me acompanhavam desde o mestrado. Essas questões foram registradas nos diários de pesquisa[3] (Lourau, 1989), que neste percurso operam como ferramenta de trabalho, possibilitando acesso aos fios que constituem as paisagens que estava começando a habitar.

Vejamos o fragmento a seguir:

"Nesse novo trabalho, recebi a encomenda de ser responsável pelo estágio denominado 'Humanidades Médicas', direcionado aos estudantes do 5º e 6º período do curso de Medicina. Entretanto, tal proposta de estágio é nova no curso, me trazendo o desafio de construir uma prática que, de acordo com a orientação da coordenação da faculdade, era a de possibilitar à(ao) estudante de Medicina a vivência fora da clínica, que tinha como objetivo ensinar um trabalho 'humanizado'. Mas, afinal, o que seria humanizar o atendimento? Ensinaria a atender bem? Dar bom dia, ser educado, olhar no olho, ser empático? Que expectativa é essa direcionada da faculdade ao professor-psicólogo?

No campo de estágio, realizado em uma Unidade Básica de Saúde, irei receber um grupo entre três e cinco estudantes, que estarão ao longo de uma manhã por semana comigo naquele serviço, durante seis semanas. Ao mesmo tempo em que estou neste lugar de preceptor de

[3] Afirmamos os diários como parte fundamental da presente pesquisa, ainda que nas ciências instituídas sejam considerados como "extra-texto" e sejam suprimidos dos textos acadêmicos. Lourau (1989) propõem que trazer o "extra-texto" ao texto principal da pesquisa nos convoca a explicitar os caminhos e implicações que também fazem parte do processo de pesquisa. A proposta metodológica do diário de pesquisa será aprofundada no Capítulo 4.

estágio, também sou considerado um novo psicólogo no serviço, com agenda própria e acesso aos prontuários e sistema eletrônico[4].

A minha chegada com as(os) estudantes foi de encontro com a necessidade de acolher as demandas direcionadas à 'saúde mental' daquela UBS, que funciona sem a Estratégia de Saúde da Família e apresenta uma organização próxima de um ambulatório. Naquele serviço, as(os) profissionais trabalham individualmente, sem equipes e sem reuniões para discussão de casos, sendo as psicólogas as únicas responsáveis por atender os inúmeros encaminhamentos de ansiedade, depressão, violências e violações de direitos, assim como as diversas solicitações das escolas para que investiguemos se as crianças e adolescentes 'estão com' algum dos transtornos mentais mais diagnosticados atualmente (Transtorno do Espectro Autista, Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade ou o Transtorno Opositor-desafiador), a partir das reclamações de mães, pais e professoras(es) sobre o suposto 'baixo desempenho escolar' e da 'recusa às regras'.

Agora, diferente do lugar em que estive no mestrado, colocando em análise as práticas como 'trabalhadoras(es) do cuidado', me vi convocado a pensar nos processos de formação de futuras(os) trabalhadoras(es) da saúde e com a tarefa de um docente que, supostamente, ensina sobre trabalhar de um modo 'humanizado'. Tal convocação ganhou força na encomenda que me foi direcionada ao ser contratado como professor-psicólogo, que consistiu em construir um campo de estágio que tivesse como finalidade o ensino da humanização para médicas e médicos em formação, assim como uma disciplina teórica obrigatória da grade curricular. Logo, o desafio se manifestou em diversas perguntas que me tomam neste momento que começo um novo emprego e a pesquisa de doutorado: é possível ensinar a ser humanizado? Como a humanização comparece na formação das(os) profissionais que supostamente devem cuidar? Por que é direcionado à(ao) profissional da Psicologia a encomenda da humanização na formação médica? (Diário de pesquisa, 28 de setembro de 2022).

---

[4] O modelo de contratação de preceptores de estágio do estabelecimento de ensino seguia um formato comum nos cursos de Medicina, com a colocação de um(a) profissional em algum serviço de saúde, no qual o estabelecimento de ensino formaliza vínculo de cooperação. Assim, as(os) professoras(es) que são contratados como preceptoras(es) serão recebidas(os) pelo serviço como trabalhadoras(es), ainda que a contratante seja o estabelecimento de ensino e não a prefeitura, de modo a garantir um "retorno" à comunidade através dos atendimentos realizados. Além do psicólogo preceptor contratado pelo estabelecimento de ensino, havia duas psicólogas estatutárias da prefeitura naquela mesma UBS.

Os questionamentos apresentados no fragmento de diário de pesquisa fazem parte de um exercício de análise de implicação[5], constituinte das práticas de pesquisa-intervenção (Lourau, 1993), que recusa o lugar confortável do lugar do professor que ensina sobre humanização. Tais noções operam como conceitos-ferramenta propostos pela Análise Institucional francesa, campo de saber que se constituiu ao longo do século XX, através dos movimentos da Psicoterapia Institucional, da Pedagogia Institucional e da Psicossociologia. Nesse campo, se congrega uma diversidade de grupos e ideias de diferentes campos do conhecimento (Filosofia, Pedagogia, Sociologia e Psiquiatria), tendo como alguns de seus participantes René Lourau, Georges Lapassade, e Felix Guattari. Esses autores, nesta pesquisa, retornarão a partir de suas contribuições. No Brasil, na segunda metade do século XX, a Análise Institucional, como um movimento, é apropriada e reinventada situadamente diante dos processos autoritários vividos no País e do questionamento das práticas no campo da Psicologia. A Análise Institucional está presente na clínica, nas práticas em saúde coletiva, em intervenções no campo da gestão e na pesquisa universitária (Rossi; Passos, 2014).

Ao seguirmos nessa direção, que não é apenas um embasamento teórico, mas orientadora das práticas que constituem a presente pesquisa, afirmamos o exercício de colocar em análise implicações e sustentar questionamentos que surgem no ato de pesquisar como parte do ofício de analista institucional (Barros; Amador, 2021). Esse ofício não é um trabalho convencional, como o de psicólogo ou professor, mas um modo de fazer e de perceber as instituições[6] que constituem os campos nos quais estamos inseridos, a fim de desnaturalizá-las e de intervir nos seus processos de produção. Essa é uma prática possível no encontro com o inesperado e em meio a uma história coletiva construída por todas(os) aquelas(es) que analisam-intervém na perspectiva institucional. Fazer(-se) analista institucional é um exercício constante de aprendizado de si com o outro, questionando as próprias práticas, com atenção às forças instituintes e aos processos de institucionalização em curso[7].

---

[5] A análise de implicação é o exercício que nos convoca a dar lugar, na pesquisa, àquilo que é comumente rechaçado ou invisibilizado pela ciência convencional, evidenciando as práticas que são produzidas e reproduzidas historicamente (instituições) e que produzem sujeitos e campos de pesquisa. A análise de implicação, portanto, tem como objetivo não isolar o ato de pesquisar do momento e das condições em que a pesquisa acontece (Lourau, 1993).

[6] O termo instituição é utilizado nesta pesquisa a partir da perspectiva institucionalista francesa, que considera as instituições como um conjunto de práticas sociais que são produzidas e reproduzidas historicamente e que atravessam os estabelecimentos e organizações (corriqueiramente nomeados como instituições), como uma escola ou um hospital (Lourau, 2004b).

[7] Na perspectiva institucionalista francesa, a noção de instituinte remete às forças de questionamento e interferência nas práticas instituídas, que são os modos naturalizados e reproduzidos. O encontro entre instituído e instituinte

Em tal ofício,

> [...] o que nos movimenta e nos coloca em processo de análise do presente, não é uma vontade de fazer pelos outros, mas uma vontade política de produzir novos problemas, de fomentar as forças propulsoras do viver. Trata-se de um propósito cuja complexidade se insinua por entre as palavras, afinal, falamos de uma prática, a do Analista Institucional, que para se cumprir exige uma certa recusa de si mesma como campo reificado de saber (Barros; Amador, 2021, p. 340).

Ao assumirmos esse "ofício" como direcionamento ético para a presente pesquisa, buscamos seguir nas trilhas dos diferentes enfrentamentos que constituem a história das práticas institucionalistas no Brasil, agora produzindo questionamentos acerca das instituições que atravessam os processos de humanização na formação médica. Como inspirado por Barros e Amador (2021), no lugar temporário de professor-psicólogo-analista institucional, surge a tarefa e o desafio de sustentar uma atenção ao presente, estranhando e interrogando como se dão as nossas práticas como pesquisadoras(es), trabalhadoras(es), usuárias(os) de políticas públicas e estudantes.

Desse modo, como objetivo geral, a presente pesquisa busca problematizar a humanização nos processos de formação, a partir dos dispositivos propostos no Estágio em Humanidades Médicas. Especificamente, visamos: colocar em análise os processos de formação com as(aos) estudantes de Medicina; compartilhar o processo de construção dos dispositivos propostos no Estágio em Humanidades Médicas e seus efeitos; pensar a prática da humanização como conceito-experiência (Benevides; Passos, 2005) que fissura a produção colonizadora do humano.

Seguindo na direção dos objetivos apresentados, a próxima seção irá apresentar a análise da encomenda (Rodrigues, 2006) como exercício de destrinchar e intervir no lugar do "professor que humaniza", explicitando forças que atravessam as práticas de humanização na formação médica.

1.1 Análise da encomenda: caminhando no encontro entre humanização e formação

Na perspectiva da Análise Institucional francesa, a análise da encomenda é uma noção-prática que possibilita a produção de problemas direcionadores para a intervenção a ser realizada, desdobrando o pedido de intervenção feito por uma organização (Rodrigues, 2006). No caso da presente pesquisa, consideramos que a encomenda proposta pelo estabelecimento de ensino se

---

constitui processos de institucionalização, quando forças instituintes podem se conformar nas formas instituídas (Lourau, 2004b).

refere à construção dos estágios e das disciplinas teóricas de Humanidades Médicas[8], que tinham como objetivo final a humanização das(os) estudantes de Medicina, através de métodos de ensino a serem aplicados por um(a) professor(a)-psicólogo(a). Apesar de não se tratar de um pedido formal para uma socioanálise[9] do estabelecimento de ensino, consideramos a encomenda como possibilidade de intervenção nos processos de formação, possível com a participação das(os) estudantes.

A encomenda feita pelo estabelecimento de ensino é atravessada pelo mandato social da(o) especialista da Psicologia, que é autorizada(o) pelo saber científico a executar uma intervenção em sua área de competência e a dizer a verdade sobre determinada realidade. É importante frisar que, na perspectiva institucionalista, os conceitos de encomenda e de mandato social mantém relação de correspondência. O primeiro se refere a pedidos pontuais de intervenção por parte de determinado grupo ou estabelecimento, enquanto o segundo diz de uma constante, mas nem sempre percebida, convocação social de intelectuais de diferentes especialidades para determinada intervenção. Há diferentes formas de responder ao mandato social que é solicitado: há uma forma "orgânica", na qual há a aceitação consciente (ou não) do mandato social, ou de uma maneira "implicada", caracterizada pela recusa do mandato e pelo questionamento da centralidade da intervenção na figura da(o) especialista (Rodrigues, 2006).

Essa última posição é a que buscaremos exercitar na presente pesquisa, de modo que não tomaremos como natural ou inquestionável a encomenda solicitada pelo estabelecimento de ensino. Faremos da encomenda um motor que impulsiona o começo da pesquisa, abrindo caminhos de análise a serem trilhados. Consideramos a análise da encomenda como possibilidade de instaurar pausas que permitam a entrada de operadores críticos que provocam outras direções no próprio ato de pesquisar. Com os diários de pesquisa (Lourau, 1989), atravessados pelos problemas que emergem nos cotidianos[10] das disciplinas de Humanidades Médicas, encontramos possibilidades de ampliar a análise da encomenda.

---

[8] A estrutura das disciplinas de Humanidades Médicas será ampliada no Capítulo 4.

[9] A socioanálise é um termo referente a um método de intervenção orientado pelos conceitos-ferramenta da Análise Institucional. Historicamente, a socioanálise era realizada em hospitais, escolas, fábricas, universidades e abrigos por encomenda da direção, das(os) trabalhadoras(es) ou usuárias(os), com o objetivo de ampliar a análise coletiva dos processos de trabalho nesses estabelecimentos (Lourau, 1993).

[10] A noção de cotidiano aqui apresentada busca afirmar a direção metodológica de pesquisas que acessam as redes de saberes e práticas construídas nos/com/dos cotidianos da formação, como proposto por Nilda Alves (2015), Célia Linhares (2000) e Carlos Ferraço (2007). Essa discussão será ampliada no Capítulo 4.

"Começo a receber, pela terceira vez no semestre, cinco grupos de estudantes. Vou caminhando para a UBS com uma certa tensão, algo que me traz a sensação de que o estágio tem sido um exercício que não está dado e está sempre em construção, com variações, imprevistos e experimentações. Essa tensão também diz de um certo incômodo, um receio de qual 'perfil' de estudantes irei encontrar.

Na segunda-feira, logo me deparo com o que considero ser um desafio: um grupo composto só por homens, que me transmitiam certa rigidez, diante da dificuldade de expressarem suas percepções e de se engajarem nas atividades propostas. Percebo um silêncio que se assemelha ao grupo anterior, também composto só por homens, brancos, com suas roupas de marca, celulares de última geração e que chegam ao campo de estágio cada um em seu próprio carro.

No primeiro dia, convido os estudantes para uma caminhada, como um primeiro contato com o território. Naquele passeio, levá-los para os 'fundos' do bairro, margeado pelo mangue, não era uma decisão trivial, mas um convite para presenciarem um lado da cidade que é pouco vista e acessada por grande parte da população. Ali podemos pensar de que modo aquele ecossistema, presente naquele chão construído sobre o mangue, desde as primeiras ocupações dos pescadores, comparece nas relações da população com o território.

Ao longo do percurso, um silêncio que se quebra aos poucos com conversas pontuais. Eles parecem estar mais à vontade para falar de assuntos triviais, rompendo com a postura endurecida do acadêmico de Medicina. Entre as conversas, vai ficando cada vez mais perceptível uma realidade socioeconômica muito distinta, que se escancara quando pergunto: 'vocês conhecem o mangue?'. Como resposta, um estudante diz que sim, 'pelo outro lado'. Em um primeiro momento, não compreendo o que ele quis dizer, mas logo me explica que é a visão que ele tem quando passeia de jet-ski pela cidade até o canal margeado pelo mangue. Diante da resposta tão espontânea, me desconcerto. 'Ah, sim!'. Não soube o que dizer naquele momento.

Voltando para casa, ainda pensando no mangue 'pelo outro lado', apenas conseguia me questionar: como podemos pensar em humanização em meio a tantas camadas que produzem distanciamentos entre futuros trabalhadores(as) e usuárias(os) dos serviços de saúde? Tal questionamento se intensifica quando percebo minha dificuldade de propor as atividades, quando pareço não encontrar 'terreno fértil' e quando percebo um pré-conceito de que não haverá interesse por parte dos estudantes, principalmente quando são homens brancos, ricos,

cisgêneros e heterossexuais. Sinto que foi um dia difícil de atravessar e que não consegui dizer metade do que eu queria. Me pergunto se o estágio não flui por causa deles ou porque não consigo me colocar como nos outros dias, apresentando melhor a proposta. Afinal, o que essa dificuldade diz?" (Diário de pesquisa, 24 de outubro de 2022).

As incertezas e questões colocadas ao longo de um dia de trabalho com as(os) estudantes, e que irão comparecer em diversos diários que aqui serão compartilhados, são fruto de um estranhamento do lugar de "professor que humaniza", encomendado pelo estabelecimento de ensino. Há muitas dúvidas nesse fazer, presentes no questionamento constante se seria possível "dar conta" da encomenda direcionada a mim como professor-psicólogo, o que, desde o começo, me pareceu uma missão impossível de ser cumprida, principalmente diante da redução das(os) estudantes à identidade pessoa-rica-branca-cisgênera-heterossexual.

Em pesquisa-intervenção realizada pelas pesquisadoras Cristiana Mara Bonaldi e Elizabeth Barros de Barros (2019)[11], que buscou cartografar os processos de formação médica em UBS e em um Hospital Universitário, encontro proximidades com questões que me auxiliam a colocar em análise esses incômodos. No trecho abaixo destacado, há alguns elementos que também aparecem nos territórios trilhados na presente pesquisa.

> Em evidência: um sem-número de questões que emergem nos processos de formação em saúde no cotidiano de trabalho desses profissionais. Em cena: situações que convocam os trabalhadores a interrogar suas certezas, que forçam os limites disciplinares, que convidam à produção coletiva de estratégias. No corpo: desconforto, incômodo, cansaço, euforia [...] (Bonaldi; Barros, 2019, p.12).

Tais afetações, que também comparecem no corpo da pesquisadora-trabalhadora do serviço de saúde da pesquisa citada, foram levadas comigo do cotidiano de trabalho para o doutorado e seguem me acompanhando ao adentrar no campo problemático da humanização. Caminhar por esse território é encontrar constantemente paradoxos, armadilhas e ideias fortemente instituídas que provocavam estranhamentos, tendo em vista que humanizar é entendido no senso comum e nas ciências da saúde como algo bom e necessário de ser realizado.

Apesar de parecer impossível, a encomenda de humanização realizada pelo estabelecimento de ensino se constituiu em meio aos discursos do saber médico e de outros campos da saúde que

---

[11] A pesquisa de doutorado de Cristiana Mara Bonaldi com orientação de Maria Elizabeth Barros de Barros, publicada posteriormente como o livro "Cachaça, suores, amores: deuses que dançam em processos de formação em saúde" (2019), estará presente ao longo desse texto como referência para as discussões acerca da formação médica e da pesquisa em meio aos processos de formação e trabalho em saúde. No Capítulo 5 comparecerá através da personagem-conceito Tereza, intercessora das problematizações produzidas na pesquisa citada.

produzem o indivíduo-estudante que irá treinar uma técnica humanizada a ser aplicada no indivíduo-paciente como objeto de um atendimento humanizado. Nesse sentido, a encomenda opera como um analisador de discursos e práticas que produzem a formação médica no contemporâneo e nos convoca ao desafio de não a considerar como natural e inquestionável, assim como ao desafio de propor desvios aos seus caminhos previamente traçados.

Essa direção crítica, apesar de difícil de ser sustentada em meio ao cotidiano da docência, não era paralisadora, mas matéria de análise da presente pesquisa, que se desdobrou junto ao processo de trabalho. Estranhar é um gesto bem-vindo ao ofício de analista institucional (Barros; Amador, 2021), que auxilia a desmontar a encomenda, de modo que não se fique presa(o) às expectativas historicamente construídas, nos convocando ao exercício de outras práticas possíveis. Nesse sentido, a análise da encomenda visa transformá-la em demanda, entendida como um desdobramento problemático. Trata-se não de resolver a encomenda explícita do estabelecimento, mas de propor perguntas que nos auxiliem a construir direções de intervenção (Lourau, 1995).

Entretanto, a distinção das noções de encomenda e demanda não visa tomar a encomenda como aquilo que "engana" o trabalho da(o) analista e a demanda como o "verdadeiro pedido" desvelado pela(o) especialista. Não buscamos realizar uma arqueologia do verdadeiro, mas trabalhar com as forças colocadas em meio ao campo de intervenção, de modo a ampliar análises, desindividualizando as questões colocadas ao considerar sua dimensão coletiva de produção (Machado, 2008).

Para isso, seguimos na direção proposta por Foucault (2006a), ao considerarmos os discursos como elementos que compõem um diagrama de forças e como dispositivos estratégicos em relações de saber-poder. Os discursos não são teorias que marcam um determinado campo de conhecimento, são acontecimentos que operam relações com outros acontecimentos do campo político, econômico, social, artístico, educacional etc. Portanto, a acontecimentalização discursiva (Foucault, 2006b) é produzida a partir de conexões, bloqueios, jogos de força e estratégias que, em um dado momento, produzem o que posteriormente será tomado como evidência, verdade, universalidade ou necessidade.

A encomenda, ainda que dirigida a mim como professor-psicólogo, era atravessada por discursos historicamente situados, produtores das noções instituídas de formação, educação, Medicina, humanização, estudante e professor, bem como da própria noção de psicólogo,

conformando de antemão um lugar que poderia igualmente ser ocupado por outras(os) profissionais. Essas noções não estavam ocultas no pedido formulado pelo estabelecimento de ensino, mas apareciam na superfície dos processos de formação, assim como nas associações naturalizadas entre “humanização e empatia”, “cuidado e humanização”, “Psicologia e humanização”, e “Medicina e Psicologia”.

A distinção entre encomenda e demanda também busca visibilizar a diferença entre o campo de intervenção e o campo de análise. O primeiro se constitui na prática da própria intervenção (na “ida ao campo”) e é acessado a partir da problematização da encomenda. Nele, encontraremos os analisadores que irão direcionar a análise, dando visibilidade às instituições que atravessam o campo (Lourau, 1993). Consideramos que o campo de intervenção da presente pesquisa se constitui no encontro do pesquisador, no lugar temporário de professor-psicólogo, com as(os) estudantes, com o estabelecimento de ensino, com o projeto político e pedagógico do curso de Medicina e as DCNs (Brasil, 2001; Brasil, 2014a), com as demandas mercadológicas e a prática instituída da formação médica, assim como com a noção de humanização.

Em relação ao campo de análise, ele não pode ser entendido como separado do campo de intervenção, nem como a “parte teórica” que será aplicada “na prática”, pois são produzidos e constituídos por práticas que se interferem constantemente (Rodrigues, 2006). De maneira concomitante, o campo de análise atravessa a todo momento o campo de intervenção na medida em que nos deparamos com discursos historicamente produzidos sobre a humanização e a formação médica. Tais discursos serão problematizados nos próximos capítulos.

Cabe ressaltar que a noção de intervenção é utilizada para afirmar que a ida à campo não se resumiu a assumir o lugar de professor que dá aulas conforme o encomendado pelo estabelecimento de ensino. A ida a campo foi um movimento provocativo de interferências nas práticas (Brito; César; Vasconcelos; Oliveira, 2013) e no cotidiano da formação com as(os) estudantes. Tal movimento possibilitou a desnaturalização do lugar do professor que tem como missão humanizar, assim como das(os) estudantes que comparecem às disciplinas para aprenderem a ser humanizados.

A presente tese visa agir na encomenda, transformando-a em demanda de trabalho, na tentativa de construção de disciplinas que não tivessem como objetivo treinar a(o) estudante de Medicina a ser mais humano, mas produzir condições de reflexão acerca dos processos de formação em curso. Como direção ética, construímos uma prática de pesquisa e trabalho dentro das

possibilidades de que dispúnhamos, visando operar com as forças presentes que nos permitiam romper com os sentidos instituídos de humanização e formação, ao tentarmos produzir conexões com um plano mais amplo e transversal, onde transformações são possíveis (Brito; César; Vasconcelos; Oliveira, 2013).

Quando olhamos para a questão da humanização no campo da formação médica, nos deparamos com forças que se tensionam historicamente e que não têm apenas como finalidade a formação de um(a) profissional, mas a produção de práticas e discursos que produzem um ideal colonizador de humano, por modelos assistenciais em saúde e por demandas mercadológicas. Desse modo, a análise da encomenda seguirá nos Capítulos 2 e 3, visando desmontar o pedido realizado pelo estabelecimento de ensino e produzindo problemas a partir dos discursos que constituem dois eixos fundamentais para a presente pesquisa: a humanização e a formação.

2 PROBLEMATIZANDO A HUMANIZAÇÃO COLONIZADORA

A noção de humanização presente nas políticas que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais recentemente, nos currículos dos cursos de graduação da área da saúde, resulta de um importante percurso de discussões e pesquisas-intervenção que culminaram na Política Nacional de Humanização (PNH), publicada inicialmente em 2003 (Brasil, 2008). Tal experiência, impulsionada pela demanda de humanizar o SUS proposta na 11ª Conferência Nacional de Saúde (2000), foi possível através da construção de dispositivos que tinham o objetivo de intervir, de maneira cogestiva, em problemas concretos vivenciados no cotidiano das políticas de saúde, seja nas rotinas, nos procedimentos e nos modos de relação entre usuárias(os), profissionais e gestoras(es) (Souza; Mendes, 2009).

Cabe ressaltar que a discussão em torno da humanização é anterior à formulação da PNH e comparece, de maneira difusa, em outras políticas do SUS, como no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e no Método Canguru, ambos de 2000; no Programa de Acreditação Hospitalar e no Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar de 2001 (Ferreira Neto; Oliveira; Ferreira; Penido, 2024). Em tais políticas, a discussão sobre a humanização busca a ampliação do acolhimento, da resolutividade e da disponibilidade dos serviços, assim como melhores condições de trabalho e formação (Souza; Mendes, 2009).

Com o lançamento da PNH, buscou-se ampliar os sentidos em torno da noção de humanização, que passou a ser afirmada como transversal a todas as políticas e programas do SUS. Transversalizar seria modificar as relações de trabalho a partir da ampliação dos graus de contato e comunicação entre pessoas e grupos, rompendo com relações hierarquizadas com o objetivo de construir práticas de trabalho que pudessem conversar com a experiência de quem é assistido, produzindo modos corresponsáveis de gestão e trabalho (Brasil, 2008).

Recentemente, a Atenção Humanizada foi estabelecida como um princípio fundamental do SUS a partir da Lei nº 15126/2025 (Brasil, 2025), juntamente com a universalidade, a equidade, a integralidade e a proteção dos Direitos Humanos. Em relação a esse novo princípio, a referida lei não faz menção à PNH ou estabelece definições para o que seria a Atenção Humanizada.

Desde a construção da PNH, a noção de humanização, central para as discussões e formulação dessa política, se mostrou desafiadora devido ao seu caráter polissêmico e a concepções variadas e divergentes. De maneira geral, essas noções são acompanhadas de sentidos que fundem a humanização à piedade e à caridade, produzindo o entendimento de “fazer pelo

outro", "fazer para o outro" ou "se colocar no lugar do outro", tendo como efeito ações e políticas assistencialistas ditas "humanistas" ou "humanas", tomadas como dádivas ou concessões (Souza; Mendes, 2009).

As noções comumente associadas à humanização, além de se mostrarem insuficientes para colocarem em questão os modelos de atenção e de gestão instituídos, operam como um conceito-sintoma que paralisam processos de modificação ao reproduzirem sentidos naturalizados (Benevides; Passos, 2005). Na presente pesquisa, a humanização como conceito-sintoma tem efeito de paralisação ao direcionar nossa atenção para falsos problemas, levando-nos a questionar "de que maneira posso me tornar mais humanizado?" ou "como posso ensinar às(aos) estudantes de Medicina a serem mais humanizados?". Nesse sentido, há o pressuposto que a falta de humanização é um erro ou uma "peça faltante" do(a) trabalhador(a) da saúde e que humanizar pode ser uma tarefa de um sobre outros.

Tendo em vista essas armadilhas, a ideia de humanização evoca um desafio conceitual e metodológico para que seja efetivamente possível um processo de transformação nas práticas que constituem as políticas de saúde. Tal desafio consiste na problematização da humanização para além da garantia administrativa/burocrática de acesso aos serviços de saúde (encaminhamentos, número de vagas), da melhoria no acolhimento formal (polidez "politicamente correta" e transparência nas informações transmitidas), das mudanças no ambiente físico e da capacitação técnica dos profissionais. Tais aspectos são importantes, porém não são suficientes para se pensar a condição complexa e problemática dos processos de saúde e doença.

Diante da crítica ao modo conceito-sintoma com que a humanização geralmente é operada, Fuganti (2009) faz um alerta no momento de construção das pesquisas-intervenção em torno da PNH e que segue pertinente no tempo presente. O filósofo nos provoca a pensar sobre o convite arriscado de construirmos um outro humanismo na tentativa de recolocarmos a noção de humanização, ignorando a produção de saberes e práticas coloniais que constituem o ideal de humano, fazendo apenas uma "mudança de fachada". Fuganti (2009) relembra que foi na construção de um ideal de civilização e progresso que a noção de humano se constituiu, em meio aos processos de colonização, afirmados em relações de violência e barbárie com a justificativa de se humanizar os povos colonizados. Foi também neste movimento que se constituíram os Direitos Humanos Universais, atravessados por concepções centradas no homem adulto europeu (branco, cisgênero, heterossexual, cristão, sem deficiência e

economicamente produtivo) (Lapassade, 1975), com propósito de regular a vida em tantas comunidades pelo mundo, distintas em seus modos de fazer e pensar.

Buscando ampliar as considerações presentes nesse alerta, recorremos às(aos) pensadoras(es)/ativistas/pesquisadoras(es) que problematizam as relações entre a noção de humano e os processos de colonização de maneiras diferentes e situadas em campos diversos, visando construir rotas de fuga às trilhas instituídas do problema da humanização. Nessa direção, Ailton Krenak (2019) nos lembra que a humanidade se produz como um molde para excluir aqueles que não se enquadram e se encontram nas periferias do pensamento e do mundo, servindo de mão de obra a ser explorada e expostos a guerras, epidemias e pobreza. Essas(es) são aquelas(es) julgadas(os) como "rústicas(os)", "presas(os)" à terra e à ancestralidade, ao se recusarem a participar da "dança civilizada, da técnica, do controle do planeta" (p. 34). O autor ressalta que

> [a] ideia de nós, os humanos, nos descolarmos da terra, vivendo numa abstração civilizatória, é absurda. Ela suprime a diversidade, nega a pluralidade das formas de vida, de existência e de hábitos. Oferece o mesmo cardápio, o mesmo figurino e, se possível, a mesma língua para todo mundo (Krenak, 2019, p 12).

Pensar por essa perspectiva nos convoca ao desafio de questionarmos a ideia de humano que por vezes foi suficientemente definidora daquilo que muitos de "nós" acreditamos ser. Essa noção também foi considerada como ideal de referência e qualidade para a sociedade, para a formação e para os serviços de saúde, em meio ao apelo pela humanização das práticas. Cabe ressaltar que a demanda por uma política que tenha como objetivo humanizar as práticas, como a PNH, foi produzida em decorrência ao histórico de violências nos serviços de saúde, direcionados aos corpos que historicamente não são considerados humanos.

Seguindo com essa problematização, podemos questionar: quais camadas constituem o casulo do humano? Qual noção de humano é afirmada nos processos de humanização instituídos?

A partir dos estudos de gênero no campo do feminismo descolonial, a pesquisadora María Lugones (2014) afirma que a hierarquia dicotômica humano/não-humano é uma dicotomia central e estruturante da modernidade colonial, que opera como base e justificativa para as violências cometidas no processo de colonização. Como modernidade colonial, a autora, inspirada pelo trabalho de Juan Ricardo Aparicio e Mario Blaser, demarca a produção de uma história que não segue as divisões temporais, lineares e dicotômicas ditadas pelas ciências produzidas em meio aos processos de colonização. Por outra perspectiva, traz visibilidade aos jogos de força em que as noções de "modernidade" e "contemporaneidade" são investidas,

gerando a submissão e a redução de todos os acontecimentos históricos fora da referência da modernidade como “pré-modernos” e, de certo modo, como “pré-humanos”, por serem anteriores à chegada dos colonizadores.

A pesquisadora destaca que no processo de colonização da América Latina e do Caribe, a dicotomia humano/não humano foi imposta a serviço do projeto de sociedade moderna, a ser construída na Europa em detrimento dos povos colonizados. Esse modelo de sociedade, almejada pelo homem branco cristão europeu, operou de modo que somente as pessoas consideradas civilizadas (brancas, heterossexuais, cisgêneras e cristãs) poderiam ser consideradas homens ou mulheres dentro do estatuto de humano, enquanto os povos colonizados deveriam passar por um processo de humanização que tinha como objetivo aproximar, mas não igualar, os seres considerados não humanos de um ideal de humanidade:

> Os povos indígenas das Américas e os/as africanos/as escravizados/as eram classificados/as como espécies não humanas – como animais, incontrolavelmente sexuais e selvagens. O homem europeu, burguês, colonial moderno tornou-se um sujeito/ agente, apto a decidir, para a vida pública e o governo, um ser de civilização, heterossexual, cristão, um ser de mente e razão (Lugones, 2014, p. 936).

Sobre os processos de colonização, a partir do trabalho de Aníbal Quijano, a autora destaca dois momentos distintos de construção do projeto de modernidade europeia para os povos colonizados. Um momento se refere à primeira modernidade, que demarca o período de colonização dos territórios da América a partir do século XV, enquanto o outro se refere à segunda modernidade, que demarca os processos de colonização ocorridos a partir da Revolução Industrial nos territórios da África e Ásia. Durante a primeira modernidade, os saberes que buscavam definir o humano se constituíam na Europa enquanto as missões civilizatórias dizimavam os modos de vida dos territórios colonizados em função de parâmetros dicotômicos. Esses saberes viriam a consolidar, no século XVIII, as disciplinas médicas sobre o corpo, as populações, a morte e a vida (Foucault, 1977), instituídos como base para a formação médica na Europa, Estados Unidos e exportados como referência universal para todo o mundo, inclusive o Brasil (Rocha, 2017; Vane, 2019).

A colonização dos processos de formação, que segue presente no âmbito acadêmico, tem suas raízes nas missões civilizatórias do homem europeu nos territórios colonizados. Tais movimentos se sustentam nos violentos processos de colonização da memória e, consequentemente, das relações dos povos originários com a terra, com suas cosmologias, com a organização das sociedades e com as concepções sobre o mundo. Nesse sentido, tais processos produzem o apagamento de diversos saberes e resultam na desumanização constitutiva no

processo de "colonialidade do ser" (Lugones, 2014). A colonização, guiada pelo ideal de humano construído na modernidade colonial, também produziu acontecimentos próximos ao território da presente pesquisa. Nas terras capixabas, onde foi sediado o seminário de discussão da PNH em 2008, em uma missão jesuítica, o padre católico José de Anchieta desembarcou, em 1553, e fundou sua "escola humanista", que tinha como objetivo a captura e a homogeneização das práticas de diferentes povos indígenas, visando a docilização e o apagamento daquilo que os diferenciava do ideal de humano difundido pelas sociedades brancas europeias e cristãs (Neves; Massaro, 2009).

Esses acontecimentos, ainda que localizados em uma temporalidade supostamente distante, seguem se atualizando no presente, produzindo distinções daqueles que fazem ou não parte do "casulo do humano", conforme Krenak (2019). Nos cotidianos da formação médica que compõem a presente pesquisa, tais processos são atualizados nas distâncias que tornam visíveis as camadas que constituem tal casulo, como compartilhado no seguinte diário de pesquisa (Lourau, 1989).

"Um novo semestre começa e sinto um frio na barriga. Tal sensação me acompanha sempre nos começos. Apesar de já ter feito isso algumas vezes, os encontros com as(os) estudantes são muito diferentes entre si. As atividades são parecidas, mas não há como prever os rumos que irão tomar. Hoje, me encontrei com uma turma que considerei difícil. Das(os) quatro estudantes presentes, três eram um pouco mais velhas(os) que o restante da turma e estavam fazendo a segunda graduação. Ao longo da nossa conversa inicial, notei concepções bem fechadas sobre determinados assuntos. Também notei que, ao serem questionadas(os) sobre a mudança de graduação, era unanimidade uma motivação financeira. Ali, a ideia de Medicina como negócio prevalecia. 'Meus irmãos são médicos e ganham mais do que eu', 'o mercado de trabalho da engenharia estava difícil e troquei para algo mais certo'. Além disso, era notável o fato de poderem seguir sustentadas(os) financeiramente por suas famílias enquanto cursam uma segunda graduação em uma faculdade particular.

Em poucas horas de discussão, após a leitura do capítulo sobre o passeio de Tereza pelo hospital-escola[12]*, ouço as considerações das(o)s estudantes sobre a história apresentada. As falas dizem sobre a 'criação ruim' à qual as crianças 'das periferias' estão submetidas. Também ouço que 'as pessoas mais pobres têm que aceitar o fato de que vão demorar um*

[12] Bonaldi e Barros (2019).

pouco mais para chegarem lá', na tentativa de se resumir o sofrimento comum para tantas demandas direcionadas à saúde mental da UBS. Diante das falas, diversas questões. Tento propor reflexões sobre essas afirmações, mas sinto muito cansaço e preguiça. Parecia que havia uma parede entre nós, bem rígida e difícil de encontrar fissuras. O que estamos fazendo aqui, afinal? Como se pensar em humanização diante dessas concepções? Qual trabalho é possível? Me vejo embaralhado, na dúvida por onde seguir. Encerro o dia com uma sensação estranha, como se aquele encontro tivesse durado o dia todo. Estava desanimado com as próximas atividades da semana que ainda iriam ocorrer. Por hora, a sensação de ser 'invasor' e que não é bem-vindo no curso de Medicina ficou forte.

No dia seguinte, vou ao encontro da turma como um todo, para o começo da disciplina teórica. Estava acostumado com a turma anterior e vejo que há um esforço para produzir conexões. Sinto fechamentos, olhares de dúvida que questionam se vale a pena 'perder o tempo' naquela disciplina de Humanidades. Uma estudante diz que a mesma disciplina no semestre passado deu a ela 'poucas ferramentas para o seu trabalho como futura médica'. Diante da aula arrastada, mais cansaço e sensação de invasão. Sinto a necessidade de me fortalecer para sustentar esses encontros, que são incômodos para mim. Penso que não estou ali para ser amigo de ninguém, pois a amizade é efeito de condições que podem ou não nos atravessar, mas, como me lembra bell hooks[13]*, nunca deve ser termômetro imediato para dizer se estamos ou não indo pelo melhor caminho. Como posso, então, sustentar os encontros no processo de formação em meio aos incômodos? Até onde vai a minha parte nesses maus encontros? Quais limites estão colocados nessa relação? Pelo menos não tenho a ilusão de que vou salvar a Medicina de ter maus profissionais. Que eu possa me lembrar disso todos os dias"* (Diário de pesquisa, 01 de agosto de 2023).

O mal-estar compartilhado no diário remete a uma inconformidade diante da missão humanizadora encomendada pelo estabelecimento de ensino. Entretanto, a percepção sobre o contexto privilegiado de parte das(os) estudantes também aponta uma tendência a considerá-los como corpos endurecidos sem possibilidade de mudança, naturalizando o lugar da(o) estudante-de-Medicina-rico-branco-cisgênero. Tal postura tinha como efeito um fechamento no meu lugar de professor-psicólogo que se manifestava nos diários de pesquisa, ao julgar impossível realizar alguma intervenção no tempo-espaço do Estágio de Humanidades Médicas, produzindo uma experiência-sem-saída (Machado, 2023). Ao afirmar a "missão impossível" de

[13] hooks (2019).

humanizar as(os) estudantes, eu as(os) tomava como objeto a ser mais ou menos humanizado e julgava incapaz de realizar algo que, de algum modo, possibilitasse mudança nas práticas de formação.

A ideia de humanizar algo/alguém se refere à humanização como conceito-sintoma, que tem como parâmetro o humano universal, reduzindo-a à atribuição de adjetivos direcionados a sujeitos considerados mais ou menos humanizados (Machado, 2023). Ainda que a humanização frequentemente seja resumida a um "bom comportamento" ou uma "qualidade" que supostamente falta nas(os) estudantes e profissionais da saúde, na perspectiva de Krenak (2019) e Lugones (2014), é possível afirmar que não seria possível humanizar aquelas(es) estudantes que já faziam parte da embranquecida e civilizada humanidade colonizada, encapsuladas nas concepções que sustentam o apertado e limitado casulo do humano.

A complexidade presente na encomenda humanizadora extrapola o âmbito da formação acadêmica e remete a processos de subjetivação historicamente construídos no Brasil. O trabalho de Sueli Carneiro (2023), filósofa, escritora e pesquisadora, propõe pistas que nos ajudam a pensar sobre o "paradigma do Outro", produzido na modernidade colonial como pensamento estruturante para a construção do "Eu hegemônico", em uma perspectiva racial.

Em diálogo com a noção de dispositivo proposta por Michel Foucault[14], a pesquisadora apresenta os discursos e práticas que constituem o dispositivo de racialidade, definido como a produção de saberes e subjetividades em função da negação e interdição dos saberes e subjetividades presentes nos modos de vida de pessoas não-brancas. A divisão instaurada pelo racismo presente nos discursos científicos e nas práticas de governo da modernidade colonial foi fundamental para a produção do Outro como diferença inferior ao humano universal, tendo como efeito a instauração de "uma divisão ontológica, uma vez que a afirmação do ser das pessoas brancas se dá pela negação do ser das pessoas negras. Ou, dito de outro modo, a superioridade do Eu hegemônico, branco, é conquistada pela contraposição com o Outro, negro" (Carneiro, 2023, p. 12). Nesse processo, a noção de humano, que tem como modelo o

[14] Foucault apresenta a noção de dispositivo como a articulação de uma multiplicidade de forças e relações de poder que se estabelecem em função de objetivos estratégicos, que incidem sobre determinado campo e são situados historicamente. Nas palavras do autor, o dispositivo é, "em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não-dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos" (Foucault, 1995, p. 244).

Eu hegemônico, só é possível na coemergência com o lugar de não humano, o Outro marcado pela diferença inferiorizada.

O dispositivo de racialidade opera como força de produção de poder, saber e modos de subjetivação, instituindo a divisão entre o Eu hegemônico e o Outro, produzindo efeitos ontológicos em função da noção de raça produzida na modernidade colonial, que tem como padrão universal o homem branco europeu. Para que essa divisão fosse instituída, diferentes práticas foram necessárias, como a função assassina do Estado, que justifica a morte violenta de pessoas negras e indígenas ao atribuí-las ao imaginário de periculosidade e aos comportamentos considerados indesejados; o epistemicídio[15], que ocorre na diminuição, apagamento e criminalização dos saberes produzidos pelas comunidades negras e indígenas; e as múltiplas interdições que impedem que pessoas negras e indígenas sejam consideradas sujeitos morais, políticos e de direito.

Nas palavras de Sueli Carneiro (2023):

> [c]om a função de produzir exclusão, as interdições – presentes tanto na produção discursiva quanto nas práticas sociais – promovem a inscrição de indivíduos e grupos no âmbito da anormalidade, na esfera do não ser, da natureza e da desrazão, contribuindo para a formação de um imaginário social que naturaliza a subalternização dos negros e a superioridade dos brancos (p. 12).

Esse imaginário social é naturalizado constantemente através da produção e sustentação do ideário racista do Eu hegemônico sobre o Outro, que passa a lhe atribuir a condição de dominado, justificando a desigualdade. A condição crônica de vulnerabilidade e violência em que negros e povos indígenas vivenciam no Brasil é parte da estratégia racista de naturalização da inferioridade social dos grupos dominados. O Eu hegemônico, produzido em coemergência com a subalternização do outro, se constitui como branco, racional, normal e portador de vitalidade, a partir da diferença marcada de um outro não-branco, louco, anormal e inscrito no "signo da morte". Nesse processo, a diferença localizada no outro é sinônimo de ameaça, de modo que a identidade do branco europeu se constitui em contraste com outros povos africanos, ameríndios e asiáticos.

---

[15] No trabalho do filósofo e professor Charles Wright Mills (2018) encontramos a proposta de mapear uma "epistemologia da ignorância branca", baseada e naturalizada na suposta superioridade racional do homem branco. A ignorância branca é um processo de "amnésia coletiva" de caráter político que encobre o histórico das práticas violentas de pessoas brancas direcionadas à população negra e indígena e que possibilitaram a manutenção dos privilégios dos brancos. Nesse processo, também há o apagamento dos saberes e práticas dessas comunidades, corroborando para a morte das epistemologias não hegemônicas.

Seguindo nessa perspectiva, a psicóloga e pesquisadora Cida Bento (2022) aponta que esses processos ontológicos não são óbvios ou facilmente percebidos, tendo em vista que a lógica da branquitude opera na naturalização da hegemonia do sujeito masculino e branco nos lugares socialmente valorizados. A autora denomina como "pacto narcísico da branquitude" a prática da cumplicidade não verbalizada entre pessoas brancas, que tem como objetivo a manutenção de privilégios e a exclusão dos segmentos sociais considerados "diferentes". O termo narcísico, em referência à psicanálise, é utilizado no sentido de autopreservação e do ensimesmamento, que repele a diferença tomada como ameaça em comparação ao ideal considerado normal e universal. Desse modo, o sentimento de medo e repulsa à diferença está na base do preconceito e dos processos de exclusão. Além disso, também são encobertos os processos históricos de violência perpetrados pelos antepassados brancos em relação à população negra e indígena que produziram desigualdades econômicas e sociais.

Esses processos encontram proximidade com a produção moderna de categorias homogêneas e separáveis, também inscritas em nível ontológico, que operam como bases para a colonialidade do gênero, afirmada por María Lugones (2014). No momento da primeira modernidade, os modos de vida das(os) colonizadas(os) foram considerados bestiais, animalescos e pecaminosos pelos colonizadores. Naquele período, da mesma maneira que animais eram diferenciados entre macho e fêmea (sendo a fêmea a inversão e deformação do macho) a partir dos saberes das ciências naturais europeias, os papéis de gênero e práticas sexuais dos povos colonizados também eram entendidos nessas categorias como aberrações da perfeição masculina, sendo o homem considerado o humano por excelência. Essa "animalização" presente na produção de sujeitos colonizados anunciava a intencionalidade de subjugar e tornar os seus corpos mercadorias. Nesse processo, a mulher colonizada – negra e indígena – estava ainda mais distante do estatuto de humano, tendo em vista a hierarquia de gênero que também incidia sobre as mulheres brancas europeias e que as colocavam inferiores aos homens.

Outro aspecto importante que podemos localizar como efeito da divisão ontológica instaurada pelo dispositivo de racialidade está na divisão entre "homem" e "natureza". O ideal de civilização antropocêntrica, almejado nos processos de colonização e que teve a humanização como meio possível para se efetivar, foi fundado na superioridade hierárquica do humano em relação aos seres não-humanos. Tal divisão produz o afastamento de qualquer aspecto de inumanidade do ideal de ser humano, resultando no apagamento das cosmologias e práticas dos

povos originários, cuja base fundamental é a afirmação da comunhão com a Terra como base fundamental (Krenak, 2019).

Todos esses processos que constituem a humanização como prática colonizadora e meio civilizatório da modernidade colonial remetem à produção das rígidas camadas que sustentam o casulo do humano, instauradas na produção de subjetividades. Nesse sentido, a humanização não foi uma prática para tornar todos "humanos", ainda que no ideal de homem-branco-cristão-europeu, mas para distinguir este ideal do humano dos animais e pessoas não consideradas como seres legítimos. A gravidade de afirmar a humanização sem atentar para esses processos colonizadores é de seguir reproduzindo noções desiguais, pactuando práticas racistas, sexistas, capacitistas e lgbtfóbicas que restringem as possibilidades de existência. Há o risco de uma paralisação diante da humanização como conceito-sintoma (Benevides; Passos, 2005) que na radicalidade alude à manutenção de privilégios e desigualdades historicamente produzidas. Essa é uma prática paralisante por não permitir acessar as condições de produção de divisão e exclusão que se mantém a partir de um pacto da branquitude masculinista de silenciamento e esquecimento (Bento, 2022).

O desafio de trabalhar com a humanização por uma perspectiva crítica envolve ultrapassar a própria noção de humano como destino ou direção. Sendo assim, ecoamos o questionamento de Ailton Krenak (2019): "[p]or que insistimos tanto e durante tanto tempo em participar desse clube [do humano], que na maioria das vezes só limita a nossa capacidade de invenção, criação, existência e liberdade?" (p. 8).

Duas décadas depois do lançamento da PNH, o paradoxo da noção de humanização segue presente, apresentando riscos e possibilidades. Ao mesmo tempo que é possível considerar como interessante a aproximação do currículo médico[16] com a noção de humanização, não podemos tomar como garantidas e positivas as mudanças que advenham dessas "novidades". A provocação de exercitarmos a humanização como conceito-experiência (Benevides; Passos, 2005) nos convoca a produzir alianças com aquilo que ficou fora do casulo humano (Krenak, 2019).

Com a imagem do casulo, Ailton Krenak (2019) nos convoca a construir outras noções para além do humano e nos vermos de outros modos além da humanidade. Essa provocação, ao mesmo tempo desafiadora, convida a vislumbrar possibilidades que podem ser gestadas dentro

[16] A discussão sobre as DCNs do curso de Medicina é ampliada no Capítulo 3.

de um casulo supostamente irrompível. Krenak (2019) afirma que tal movimento nos leva a um lugar de incertezas, pois, ao retirarmos o chão sólido e instituído da humanidade que supomos ser, somos lançados em queda em meio aos cosmos em que sempre estivemos.

Inspirados por Deleuze e Guattari (2006), podemos pensar a imagem do casulo do humano constituído de linhas. Por um lado, um casulo impõe limites com suas paredes constituídas em linhas duras, produzindo as dualidades que conformam os modos de viver, como nas sociedades modernas coloniais. Trata-se de linhas de controle e normatização, produtoras de estratificações e separações em função de categorias como humano/não-humano, humanizado/desumanizado, assim como de gênero, raça e classes sociais.

Por outro lado, esse casulo também se constitui em linhas maleáveis, de funcionamento rizomático, que possibilitam gestar forças que produzem derivas na forma rígida. Essas linhas produzem conexões, fissurando as divisões binárias, possibilitando a produção de outros modos de existência. Entretanto, essas possibilidades precisam ser gestadas e potencializadas, o que nos convoca ao desafio de aproximar e afirmar práticas e discursos que nos inspiram a vislumbrar e experienciar outros modos de vida. Em meio à produção limitada do humano, há diversos processos de resistência em curso vivenciados cotidianamente pelos corpos que recusam os processos de humanização colonizadora, presentes nas comunidades tradicionais, nas periferias do mundo e nas dissidências, que produzem saberes e experimentações. Faz-se necessário, portanto, ouvir e aprender com essas(es) que não são consideradas(os) suficientemente humanos, junto aos seres não-humanos, considerados inferiores e que supostamente nada podem nos ensinar.

Esse movimento implica

> [...] escutar, sentir, cheirar, inspirar, expirar aquelas camadas do que ficou fora da gente como ‘natureza’, mas que por alguma razão ainda se confunde com ela. Tem alguma coisa dessas camadas que é quase-humana: uma camada identificada por nós que está sumindo, que está sendo exterminada da interface de humanos muito-humanos (Krenak, 2019, p. 33-34).

Sueli Carneiro (2023) aponta que os processos de resistência afirmados em meio às relações de saber-poder criam condições para as disputas com as verdades instituídas, abrindo possibilidades de emancipação em relação à produção do Eu hegemônico. É nos processos de resistência que podem ser gestadas linhas de fuga “dos mecanismos desqualificadores de sujeitos que, como descreve Foucault, são ‘sujeitos falantes, sujeitos correntes, sujeitos de experiência e de saber’, mas que são minimizados nesses processos” (Carneiro, 2023, p. 113). Em meio à produção de outros modos de ser humano, as linhas de fuga podem emergir como

rompimentos à forma humana idealizada na modernidade colonial e às práticas de humanização colonizadora, desfazendo os modos instituídos e conformados pelas linhas duras que a constituem.

Contudo, não se trata de pensar um dentro e fora do casulo, dividido por uma barreira imutável que reafirme dicotomias. O casulo é feito de tecido vivo, sempre em movimento, ainda que sutil, de modo que interno e externo são divisões artificiais que não dão conta de sua porosidade. Suas camadas são produzidas no encontro das forças que configuram formas provisórias, por vezes tomadas como imutáveis e intransponíveis, mas sujeitas às interferências das forças instituintes, como afirmado por Suely Rolnik (1997):

> [...] o dentro é uma desintensificação do movimento de forças do fora, cristalizadas temporariamente num determinado diagrama que ganha corpo numa figura com seu microcosmo; o fora é uma permanente agitação de forças que acaba desfazendo a dobra e seu dentro, diluindo a figura atual da subjetividade até que outra se perfile (p. 15).

A aliança com as "forças do fora" pode tornar possível uma experiência de humanização insurgente que intervém nos processos de produção do humano. Inúmeros desafios surgem na construção de dispositivos de formação no sentido de ultrapassar as armadilhas históricas do humano como ideal excludente da modernidade colonial. Ailton Krenak (2019) afirma que, ao cairmos em queda livre no desconhecido, podemos estar equipados com "paraquedas coloridos", não para eliminar a queda, mas para aprendermos a fruir com a potência que se encontra fora desse casulo. Um outro lugar, que nos permite

> [...] habitar além dessa terra dura: o lugar do sonho. Não o sonho comumente referenciado de quando se está cochilando ou que a gente banaliza 'estou sonhando com o meu próximo emprego, com o próximo carro', mas que é uma experiência transcendente na qual o casulo do humano implode, se abrindo para outras visões da vida não limitada. Talvez seja outra palavra para o que costumamos chamar de natureza. Não é nomeada porque só conseguimos nomear o que experimentamos (Krenak, 2019, p. 32).

O exercício de se pensar nessas outras palavras se dá nas experiências instituintes no campo micropolítico de superação das bases antropocêntricas em que estão alicerçadas a produção do humano. A imagem dos paraquedas aponta para a potência de existir de outra forma, para além de uma humanidade colonizada. Como direção ética, há o exercício constante de pensar em como nos relacionamos com a finitude das formas instituídas, inclusive a humana, ao afirmarmos a vida em sua potência de criação (Rolnik, 1997). Nesse processo, lembramos da necessidade de prudência, conforme Deleuze e Guattari (1995), para não fazermos da mudança uma destruição pela destruição, aos modos do fascismo que marca a modernidade colonial. Por outro(s) lado(s), há apostas em processos que possam afirmar a diversidade dos modos humanos

e não-humanos de existir, diversidade que segue presente e resiste cotidianamente ao casulo de vida limitada.

A partir das questões que se desdobram da análise de encomenda, seguiremos atentos aos jogos de forças que comparecem no campo da formação médica e que possibilitaram a produção do lugar instituído para a humanização nos currículos, assim como as forças instituintes. Na presente pesquisa, os dispositivos construídos no contexto do Estágio de Humanidades Médicas[17], acessados através dos diários de pesquisa e dos diários reflexivos produzidos pelas(os) estudantes, serão matéria para intervir no distanciamento produzido pelas práticas de humanização colonizadora, possibilitando outros modos de nos produzirmos sujeitos nos processos de formação.

[17] Os dispositivos construídos no estágio serão compartilhados a partir do Capítulo 5.

3 DISCURSOS E PRÁTICAS NA CONSTITUIÇÃO DA FORMAÇÃO MÉDICA

Neste capítulo, serão apresentados discursos e práticas que constituem o que hoje compreendemos como formação médica, a fim de apontar condições que possibilitaram a entrada da Humanização como componente curricular. Para isso, recorreremos à pesquisa apresentada por Foucault (1977) no livro *O nascimento da clínica*, que propõe uma perspectiva crítica a partir da arqueologia do olhar médico (Branco, 2021), com o objetivo de apresentar as condições políticas de produção da Medicina em meios às relações de saber-poder, tal como difundida na modernidade colonial (Lugones, 2014). A pesquisa de Foucault (1977) buscou desnaturalizar a relação instituída com os processos de formação, trabalho, adoecimento e cura, que têm o corpo humano como seu lugar de origem e repartição, afirmado cotidianamente na prática e ensino da Medicina até os dias atuais.

Por essa perspectiva crítica, não iremos abordar os discursos que constituem o campo da Medicina em termos de evolução do saber e descobertas científicas, mas dirigir a nossa atenção para a articulação do saber médico com o seu objeto, situado historicamente em um contexto político. É possível considerar que a Medicina moderna, construída desde o final do período histórico europeu da Idade Média, intensificou o projeto de modernidade, sendo produto e produtora da racionalidade científica que naquele momento se constituía e pretendia se desvincular dos discursos teocêntricos cristãos (Lemos; Ferla; Oliveira, 2011).

Essa racionalidade que constitui o saber médico tem como fundamento o positivismo, presente na lógica da descrição orgânica, praticado no ato de ver e dizer sobre o corpo anatômico a fim de descobrir seu funcionamento e suas possíveis doenças. Como elemento central, produz-se uma geografia da doença no discurso médico sobre o corpo, o hospital e o espaço social. Esses elementos constituem uma política de saúde capilarizada na sociedade por meio das práticas de governo, extrapolando os limites da Medicina constituída a partir do século XVIII. Nessa direção, a saúde é afirmada como norma oposta à doença, a partir da observação objetiva e das intervenções nas condições de vida, assim como no controle das populações através de variáveis observáveis (taxas de mortalidade, expectativa de vida, doenças epidêmicas e endêmicas). O saber médico se constitui como meio de racionalizar a sociedade e gerir a vida, que, para além do bem-estar da população, visa a utilidade para o trabalho e a ampliação das forças econômicas do Estado (Foucault, 2008)

Foucault (1977) aponta uma mudança no saber médico produzido na Europa do século XVIII com a retomada da clínica como objeto de estudos e campo de práticas. O saber da clínica pode

ser definido como a primeira possibilidade de conexão entre a noção de indivíduo, localizado nos limites do corpo-organismo, e a linguagem racional e científica. Tal experiência foi possível no encontro entre o olhar médico e um "corpo mudo", que por muito tempo foi um corpo morto tomado como objeto de estudos nas aulas de anatomia. Esse corpo-objeto passou a ser naturalizado em uma situação comum, mas não recíproca, entre dois indivíduos, com a finalidade de se formar uma ideia objetiva e completa sobre "o caso" a ser investigado. O indivíduo é observado do mesmo modo que um experimento de laboratório, em função de modelos ideais e na busca por partes doentes a serem consertadas, tendo como efeito a produção de um modo de relação com o sujeito a ser cuidado, agora tomado como objeto, no lugar de "paciente".

É importante ressaltar que o saber clínico, antes considerado apenas uma pequena fração do conhecimento médico, alcançou importância por ser a possibilidade de se produzir um discurso sobre a doença e sobre o indivíduo que engloba majoritariamente a prática da Medicina e seu ensino. Antes do século XVIII, havia uma prática médica muito mais voltada para teorias e classificações diversas que não buscavam esquadrinhar as patologias em nível biológico e químico, mas acompanhar os processos de adoecimento e recuperação de forma menos interventiva possível, em função de diferentes produções discursivas que davam sentido ao adoecer.

Com a consolidação da hegemonia dos modelos cartesiano e positivista nas ciências produzidas na Europa, as escolas médicas gradativamente buscaram se afastar das antigas teorias da Medicina, que passaram a ser consideradas como charlatanismo e demasiadamente metafísicas a partir do ponto de vista do paradigma biomédico. Esse se tornou modelo não somente para a prática médica a ser importada da Europa e dos Estados Unidos, através do Relatório Flexner[18], mas também de modelos assistenciais que organizavam os sistemas públicos de saúde, assim como da formação médica (Fertonani; Pires; Biff; Scherer, 2015).

O paradigma biomédico remete a um conjunto de práticas e discursos que orienta os modos de relação das(os) profissionais da saúde com as pessoas que são atendidas e tem como base a

[18] Relatório publicado em 1910 denominado *Medial Education in the United State and Canada-A Report to the Carnegie Foundation for the Advanced of Teaching*, resultante do estudo produzido por Abraham Flexner sobre as escolas médicas dos Estados Unidos e Canadá, considerado referência central na reforma das escolas médicas de todo o mundo. O relatório sofreu grande influência das concepções educacionais europeias, no momento que Abraham Flexner trabalhava como pesquisador na Alemanha e produziu outras pesquisas sobre a educação médica na Europa (Pagliosa; Da Ros, 2008). A influência desse relatório na educação médica brasileira será aprofundada na próxima seção do Capítulo 3.

noção de um corpo reduzido a uma máquina que pode conter partes adoecidas a serem consertadas separadamente. Como efeito, há uma tendência a se hierarquizar a relação entre profissional de saúde-paciente, sendo que a(o) primeira(o) está hierarquicamente acima da(o) segunda(o) por ser a(o) detentor(a) do saber sobre o corpo doente. A(O) paciente é considerada(o) como sujeito que precisa ser curado (Fertonani; Pires; Biff; Scherer, 2015).

Nesse paradigma, também encontramos a constituição de modelos de formação atravessados por diferentes discursos apontados por Foucault (1977) e que nos apresentam pistas para a imagem instituída de médica(o) a ser formada no tempo presente. O hospital, antes local de caridade e isolamento do indivíduo doente para a proteção da sociedade, passou a ser considerado como solução universal para os problemas da formação médica centrada na clínica e espaço privilegiado para o controle da saúde pública europeia no século XVIII. Na reestruturação dos hospitais, agora pensados em função de uma racionalidade científica que visa controlar os fenômenos da natureza e tratar o corpo-máquina, a figura da(o) médica(o) tornou-se hierarquicamente superior, por ser conhecedora dos fenômenos naturais individuais e coletivos.

A importância designada ao hospital produziu efeitos amplos na formação em Medicina, de modo que a prática clínica exercitada no hospital tem como objetivo construir o modo de ver da(o) médica(o) em formação. Nesse contexto, o hospital-escola se tornou um lugar privilegiado por ser considerado o "templo da natureza" onde a verdade pronta do mundo estaria aberta a todos que desejassem descobri-la e acessá-la por meio de um olhar atento e supostamente neutro. Há, no espaço do hospital, a possibilidade de consolidação do saber sobre o ser humano, antes considerado incerto e impreciso, que naquele momento passou a ser tratado como a soma de diversas certezas isoláveis e suscetíveis a cálculos rigorosos. Nessa nova estrutura da formação clínica, o sujeito doente se torna previsível e mensurável, de modo que o indivíduo em questão é menos uma pessoa doente e mais um fato patológico reprodutível em todos os doentes igualmente afetados.

No hospital-escola também seria possível produzir a piedade necessária à(ao) futura(o) profissional da Medicina, que, nas palavras de Foucault (1977), poderia vivenciar "emoções dolorosas" e o "desejo ardente de levar o alívio e o consolo" (p. 104), possibilitando a constituição de um sujeito "religioso, humano, compassivo" (p. 104). Naquela época, a presença dos(as) estudantes nos hospitais também suscitou debates de teor moral, a partir do questionamento se a dor poderia ser considerada espetáculo, sendo a pessoa pobre e doente,

usuária frequente do hospital-escola, considerada o objeto de estudo necessário à formação que ali ocorria.

Na formação médica que se institucionalizou, o sujeito médico sábio e piedoso só é possível de ser formado na coemergência do sujeito doente, pobre e carente de cuidados. É importante frisar que, desde aquela época, os estudantes de Medicina eram os homens ricos financiadores dos hospitais-escola, considerados heróis piedosos por ajudarem as pessoas pobres, pagando para tratá-la(os) com o objetivo de conhecer as doenças, como bem ressaltado por Foucault (1977): "o que é benevolência com respeito ao pobre se transforma em conhecimento aplicável ao rico." (p. 105). O corpo pobre, doente e necessitado era meio de conhecimento da doença na formação de médicas(os) e seu principal objeto de interesse.

Diante dos discursos e práticas comuns na formação médica na Europa do século XVIII, diversos elementos em comum estiveram presentes nas escolas médicas, e estão até os dias atuais, de modo que se faz necessário considerar o que permanece instituído neste campo. Como destacado por Lemos, Ferla e Oliveira (2011),

> [...] ao analisar a Medicina atual, como campo de discursos de verdade e de práticas de poder, é inevitável constatar o quanto têm se mantido perenes sua estrutura de valores, a importância do aprendizado da 'experiência clínica' no espaço disciplinar do hospital – e, mais ainda, como insiste em se apresentar como uma arte da cura, a partir da relação individual do médico com o 'seu' doente (reduzido à condição de 'paciente') (p. 496).

Tal afirmação corrobora a discussão presente na pesquisa de Bonaldi e Barros (2019) sobre o hospital-escola, que segue sendo um espaço privilegiado de formação, cuja premissa é a aplicação "prática" dos conteúdos "teóricos" apresentados em sala de aula. Atualmente, com a mudança do modelo assistencial de saúde no Brasil para o SUS (Fertonani; Pires; Biff; Scherer, 2015), os hospitais-escola também são as Unidades Básicas de Saúde e os serviços de Atenção Especializada, como os Centros de Especialidades Médicas e os Centros de Atenção Psicossocial. Tais espaços também são atravessados pelas lógicas de objetificação e redução dos sujeitos aos casos a serem ensinados nas aulas e cobrados nas provas, assim como pela fragmentação do sujeito em diferentes especialidades, que vão destrinchar as partes do corpo doente. Essas práticas têm como efeito a formação de "especialistas-deuses" que sabem sobre os indivíduos adoecidos e em tudo podem intervir, através de suas prescrições e diagnósticos (Bonaldi; Barros, 2019).

Apesar de encontrarmos discursos e práticas que se institucionalizaram ao longo de três séculos e seguem sendo reproduzidas nos cotidianos da formação (Alves, 2015), há também embates e

tensionamentos que têm provocado mudanças e possibilitado fissuras nos modos de formar e trabalhar na Medicina. Ao longo do século XX, observamos um processo de mudança de paradigmas, com a afirmação de um "paradigma biopsicossocial" como modelo a ser adotado em meados do século XX (Fertonani; Pires; Biff; Scherer, 2015), ainda que essa noção seja passível de críticas. Tais mudanças permitiram a entrada de outras perspectivas de saúde na formação médica, como a presença da Atenção Primária à Saúde e a noção de humanização, que mesmo não hegemônicas disputam lugares de centralidade nos processos de trabalho e formação na área da saúde.

A pesquisa de Foucault (1977) acerca de implicações científicas, sociais e políticas no processo de constituição do saber médico desnaturaliza a pretensa neutralidade constantemente reivindicada pela racionalidade médica e seus discursos baseados em verdades supostamente objetivas. Diante desses tensionamentos, seguiremos na tarefa de compreender de que modo a noção de humano, produzida nesse mesmo tempo histórico da modernidade colonial (Lugones, 2014), passa a ser evocada na forma da humanização. Na próxima seção, localizaremos o processo de constituição da formação médica no Brasil, a fim de acompanharmos algumas mudanças nos discursos que atravessaram as transformações curriculares neste campo.

3.1 Breve histórico da educação médica no Brasil: a construção de um campo em disputa

Seguindo com a análise da encomenda de humanização das(o) estudantes de Medicina, realizaremos, nesta seção, um breve percurso histórico dos modelos de formação médica no século XX e XXI, que também foram adotados no Brasil. Procuramos, desse modo, localizar as mudanças que permitiram a entrada da noção de humanização nas estruturas curriculares. Não pretendemos anunciar a entrada formal da noção de humanização nas DCNs[19] como algo necessariamente bom ou como uma garantia de melhoria na qualidade de ensino e das(os) profissionais formados, tendo em vista as armadilhas e capturas possíveis nos processos de formação. Por outro lado, visamos desnaturalizar a ideia positiva atribuída às noções de humano, humanista e humanizado, na medida em que destrinchamos os fios históricos e

[19] Sobre as DCNs, cabe destacar o seguinte trecho do Parecer nº 776/1997 do Conselho Nacional de Educação: "[o]s cursos de graduação precisam ser conduzidos, através das Diretrizes Curriculares, a abandonar as características de que muitas vezes se revestem, quais sejam as de atuarem como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, passando a orientar-se para oferecer uma sólida formação básica, preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional. Finalmente, devem incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania" (Brasil, 1997, p. 2).

políticos que constituem a produção dessas noções e as práticas da humanização. Buscamos, portanto, encontrar os limites que a noção de humanização apresenta em uma perspectiva colonizadora, ainda que paradoxalmente possa representar a possibilidade de uma formação que leve em consideração a diversidade de experiências humanas.

Ao acompanharmos os processos de construção da formação médica, é possível destacar três grandes ciclos de reformas nos modelos curriculares a partir de um estudo multicêntrico, realizado por pesquisadoras(es) de diferentes países[20] sobre o cenário mundial desse campo (Frenk et al, 2010). O primeiro ciclo, localizado no começo do século XX, teve como referência relatórios produzidos nos Estados Unidos que indicavam mudanças a serem realizadas na formação médica, a fim de padronizar as ações de saúde naquele país. O mais conhecido e citado desses documentos é o Relatório Flexner, que também serviu de base para as primeiras escolas médicas brasileiras (Rocha, 2017).

Neste primeiro ciclo, denominado "Ciclo do Currículo Baseado na Ciência" (Frenk et al, 2010), ocorreu a construção de um currículo científico comum, sendo as universidades os centros ordenadores dessa reforma, tendo como efeitos a crescente profissionalização da docência para o ensino em saúde à nível de graduação e o controle da atuação das(os) profissionais de saúde baseados na formação acadêmica. Buscou-se a integração da formação médica entre áreas da clínica, das ciências biomédicas básicas e das ciências sociais, tendo como mudança o ensino médico dividido em ciclos (básico, clínico e internato), sendo esse o formato hegemônico até os dias atuais.

Naquele momento, também é possível observar a institucionalização de práticas que se desenhavam na formação médica desde o século XVIII, como a vinculação dos centros de ensino aos hospitais-escola e a padronização das abordagens de saúde em um modelo de atenção baseado na clínica, marcado pela individualização cartesiana, positivista e pela redução dos processos de adoecimento ao campo biológico (Foucault, 1977). Antes, tais modelos de formação, ainda restritos a alguns países europeus, passaram a ser exportados como o ideal a ser seguido e desejado como garantia de qualidade, de modo a homogeneizar a formação em meio a contextos sociais e econômicos muito distintos.

O segundo ciclo de construção da formação médica se iniciou ao final da Segunda Guerra

[20] Estudo realizado por 18 pesquisadoras(es) de diferentes países, como Uganda, Índia, China, Bangladesh, Peru, Paquistão, Líbano, Inglaterra e Estados Unidos (Frenk *et al*., 2010).

Mundial, trata-se do "Ciclo da Aprendizagem Baseada em Problemas" (Frenk *et al.*, 2010). Tal ciclo teve como efeitos a descentralização do ensino médico, antes majoritariamente centralizado nos laboratórios das universidades e hospitais, em um movimento de aproximação da formação ao contexto social de produção de saúde e adoecimento, assim como a proposta de metodologias de aprendizado que tinham como intuito incentivar o protagonismo da(o) estudante (Vane, 2019). Apesar das mudanças, cabe ressaltar que a realidade de acesso aos serviços de saúde ao longo do século XX ainda afastava os problemas vivenciados pela maioria da população dos processos de formação. Além disso, pequena parte da população tinha acesso ao ensino superior (em sua maioria pessoas de classes sociais socioeconomicamente favorecidas e trabalhadoras(es) formais dos centros urbanos) (Rocha, 2017).

Já o terceiro ciclo, iniciado ao final do século XX e ainda em vigência, é o "Ciclo de Aprendizagem Baseado em Sistemas" (Frenk *et al.*, 2010), que se fundamenta na noção de currículo baseado em competências e habilidades, considerando as relações interdependentes entre os sistemas de saúde e de educação. Tal ciclo mantém as produções históricas e científicas dos ciclos anteriores, centralizados nas ciências positivistas e biomédicas, mas busca afirmar a tendência de que cada centro de ensino, a partir das necessidades específicas do sistema de saúde e da realidade local, estabeleça uma proposta de formação que produza intervenções nesses contextos.

Em pesquisa realizada por Vinicius Rocha (2017) acerca das reformas da educação médica no Brasil, é possível encontrar movimentos que acompanham os ciclos mencionados, mas que apresentam singularidades em função do contexto social. Mudanças significativas nos campos da saúde e da educação ocorreram durante o século XX, principalmente após a Segunda Guerra Mundial, influenciadas pela criação da Organização Mundial da Saúde e da Organização Panamericana de Saúde, mesmo em meio à repressão das ditaduras militares, que enfraqueceram as políticas públicas e aumentaram as desigualdades sociais. Cabe ressaltar que, a partir da Constituição Federal de 1988, observa-se uma primeira aproximação formal do Brasil ao terceiro ciclo de mudanças na formação médica, com o SUS recebendo a atribuição de ordenar a formação dos recursos humanos da saúde no país, a partir da determinação de que os serviços públicos de saúde constituam campo de prática para ensino e pesquisa.

Em meados do século XX é possível destacar, através dos trabalhos de Nunes (2008, 2010) e Dowbor (2019), as discussões propostas por Maria Cecília Ferro Donnangelo[21], Juan César Garcia[22]e Sergio Arouca[23], que afirmavam as limitações das teorias e modelos importados da América do Norte e Europa Ocidental e propunham uma formação atenta à realidade da sociedade brasileira. As(os) produções das(os) pesquisadoras(es) destacadas(os) acima, assim como a posterior criação do SUS e as mudanças do modelo assistencial baseado na prevenção e no cuidado contextualizado no território (Fertonani; Pires; Biff; Scherer, 2015), visibilizam discursos e práticas heterogêneas que constituem os jogos de forças (Foucault, 2006a) no campo da formação médica.

Como experiência instituinte que nos auxilia a visibilizar os tensionamentos presentes nesse campo, é possível citar o Curso Experimental de Medicina da USP (CEM), existente entre 1968 e 1974 (Vane, 2019). A criação do curso foi incentivada em meio à pressão do governo brasileiro pela ampliação do número de vagas nas universidades, no contexto da ditadura militar. A encomenda foi tomada como oportunidade por docentes que tinham o interesse de implementar outros métodos de ensino, inspirados nas Metodologias Ativas[24] propostas pela Escola Nova. Até aquele momento, o curso de Medicina da USP seguia o modelo hegemônico do Relatório Flexner, tendo em vista que a sua criação ocorreu com aporte financeiro da organização filantrópica estadunidense Fundação Rockfeller.

> Com visões distintas sobre os profissionais, seus atendimentos e o modo pelo qual haviam de ser formados, o CEM, buscou, a partir daquele panorama, estruturar um currículo que propiciasse condições de formação tanto para os médicos que exercem a Medicina em hospitais quanto aos que vivenciavam os problemas de determinados grupos e que atendiam em lugares distintos e próximos à comunidade (Vane, 2019, p. 15).

Ainda que baseado no paradigma biomédico, o currículo do CEM não era composto por disciplinas, mas dividido em blocos de seminários com estudantes organizados em pequenos

---

[21]Contribuindo ao estudo de uma categoria ocupacional: a profissão médica (1969); Caracterização socioeconômica dos pacientes da Clínica de Obstetrícia do Hospital das Clínicas (1969); Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho (1975); Saúde e sociedade (1976); Relatório da assessoria prestada à Divisão Nacional de Educação Sanitária sobre metodologia de educação sanitária no setor saúde (1976); A pesquisa na área da Saúde Coletiva no Brasil – década de 1970 (1983) (Nunes, 2008).

[22] *Comportamiento de las elites médicas em una situación de subdesarrollo* (1964); *Características generales de la educación médica en la América Latina* (1969); *Paradigmas para la ensenãnza de las ciencias sociales en las escuelas de Medicina* (1971); *Medicina comunitária: concepto y história* (1974); *La articulación de la Medicina y de la educación en la estrucutura social* (1994) (Nunes, 2013).

[23] O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva (1975); Crise brasileira e reforma sanitária (1991); Movimento sanitário brasileiro - um projeto inovador (1992); Quanto vale a saúde dos trabalhadores (1996); Desigualdades sociais e equidade em saúde (2004) (Dowbor, 2019).

[24] A discussão sobre as Metodologias Ativas será ampliada no Capítulo 9.

grupos e sem aulas magistrais, modelo inspirado em algumas universidades estadunidenses. Os blocos eram responsabilidade comum das(os) docentes de diferentes áreas que trabalhavam juntas(os) e se dedicavam a ensinar os diferentes sistemas do corpo biológico por meio da resolução de problemas contextualizados, de um "olhar mais voltado para uma interpretação da educação no formato mais colaborativo, integrativo e problematizador começam a ser elaborados os primeiros registros de uma Aprendizagem Baseada em Problemas" (Vane, 2019, p. 25). Além disso, o Internato de estudos dos problemas brasileiros, as palestras periódicas de humanidades e os Maxi-fóruns eram atividades curriculares que reuniam estudantes e docentes para debaterem os principais problemas do curso.

Apesar, e talvez por conta, da proposta vanguardista para os currículos instituídos da época e, de certo modo, com formato próximo ao curso de Medicina onde ocorreu a presente pesquisa de doutorado[25], a existência de dois cursos de Medicina gerou tensões entre o corpo docente e discente. Havia aqueles que tinham um pensamento contrário ao CEM e que defendiam o currículo tradicional, além disso, havia o conflito com o regime ditatorial vigente em função dos debates considerados subversivos, o que provocou a aposentadoria compulsória de parte das(os) professoras(es) responsáveis pelo CEM. Após seis anos, os dois cursos foram fundidos, provocando o processo de institucionalização que neutralizou a potência instituinte do CEM, ainda que algumas de suas propostas tenham sido incorporadas ao currículo tradicional.

A experiência localizada do CEM visibiliza os constantes debates e tensões ocorridas ao longo do século XX na disputa pelo fortalecimento de uma política de saúde pública contextualizada com os problemas de cada território e reivindicada como direito pelos movimentos sociais de trabalhadoras(es) e usuárias(os). Em meio às mudanças de tal período, é possível observar a entrada gradual de outras abordagens em saúde nas bases curriculares que foram produzidas na década de 1990, como a ampliação da presença da Atenção Primária, da Saúde Coletiva e da noção de humanização nos currículos, ainda que ocupem um lugar de marginalidade que se ampliou posteriormente com as DCNs de 2014 (Brasil, 2014a).

Sobre esse processo, de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação de 1996, os cursos de nível superior devem seguir as DCNs, formuladas pelo Conselho Nacional de Educação (Brasil, 1997). Alguns movimentos em nível nacional, com a participação da Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), da Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina (DENEM), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Associação Nacional dos

[25] A estrutura do curso de Medicina em que ocorreu a presente pesquisa será apresentada no Capítulo 4.

Docentes da Educação Superior (ANDES), fortaleceram os debates que ocorriam desde a década de 1980 para a formulação de mudanças na formação médica (Rocha, 2017).

Tais organizações e movimentos participaram da formulação das primeiras DCNs do curso de Medicina, homologadas em 2001, com debates permeados por conflitos de diferentes interesses, como a visão corporativista e mercadológica majoritariamente defendida pelo CFM e a posição crítica das(os) estudantes participantes do DENEM. O movimento estudantil, por exemplo, tinha como pauta o fim da lógica de objetificação de pessoas em situação de vulnerabilidade social no contexto de formação, práticas naturalizadas, como apontado por Foucault (1977), desde a institucionalização dos hospitais-escola no século XVIII como locais financiados pelas(os) estudantes ricos para "tratar" e estudar a doença nos pobres. É importante ressaltar que o movimento também reivindicou a análise das relações de poder que atravessam as escolas médicas, tendo em vista a hierarquia entre professoras(es) e estudantes, atravessada por práticas cotidianas de subjugação e violência (Rocha, 2017).

No texto das DCNs de Medicina de 2001, compartilhadas com os cursos de graduação em Enfermagem e Nutrição, encontramos a afirmação dos marcos constitucionais de 1988, visando estruturar a formação de profissionais de saúde em consonância com a implantação do SUS. Cabe destacar a caracterização do "perfil do egresso":

> [...] generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Brasil, 2001, p. 10)

Ressaltamos a presença da noção de humano, relacionada tanto ao "perfil humanista" que a(o) estudante deve "desenvolver" em sua formação, assim como à qualidade do "atendimento humanizado" a ser prestado pela(o) profissional formado, bem como a finalidade da formação, que tem a saúde integral do "objeto" humano como algo a ser preservado. Há, portanto, uma atribuição positiva à noção de humano e em seus desdobramentos (humanização, humanista, humanizado), como parâmetro de qualidade a ser alcançado na formação.

Entretanto, para além da importante mudança proposta nos marcos legais, a efetiva implementação das diretrizes à nível das práticas foi questionada no começo do século XXI por diferentes participantes da construção da formação médica. Tais críticas pautavam a dificuldade de incorporação da formação proposta pelas DCNs por parte das(os) docentes formados em um contexto anterior à reforma sanitária, assim como a dificuldade de integração das escolas

médicas com o SUS, principalmente em relação à Atenção Primária, tendo em vista que os processos de formação ocorriam majoritariamente em hospitais e com ênfase em especialidades médicas fragmentadas (Rocha, 2017).

Além dos movimentos no campo da formação, outras forças produziram interferências nos cursos de graduação em Medicina no Brasil: a ampliação das vagas do ensino superior em nível nacional com o Programa de Reestruturação das Instituições Federais de Educação Superior, a sanção da Lei de Cotas, o lançamento do Programa Universidade Para Todos e do Fundo de Financiamento ao Estudante da Educação Superior, que ampliou o acesso ao ensino superior privado. Tais políticas possibilitaram não somente alguma diversificação social e étnico-racial de acesso à educação superior, mas a possibilidade de questionamentos sobre os modos como são geridos e estruturados os processos de formação em Medicina no País.

Essas mudanças comparecem nas DCNs da graduação de Medicina em 2014 (Brasil, 2014a), que mobilizam transformações graduais em um campo de formação historicamente caracterizado como "algo à parte" na educação superior, devido aos mecanismos de reprodução de privilégios sociais dentro da lógica da branquitude (Bento, 2022) que acarretam a presença majoritária de pessoas de maior renda, brancas e cisgênero. Sobre os conteúdos, a nova proposta acrescenta a abordagem de temas transversais no currículo que envolvam conhecimentos acerca dos direitos humanos, educação ambiental, ensino da Língua Brasileira de Sinais, educação das relações étnico-raciais com atenção às culturas afro-brasileiras e indígenas.

Como destacado no texto das DNCs, a(o) graduanda(o) será formada(o)

> [...] para considerar sempre as dimensões da diversidade biológica, subjetiva, étnico-racial, de gênero, orientação sexual, socioeconômica, política, ambiental, cultural, ética e demais aspectos que compõem o espectro da diversidade humana que singularizam cada pessoa ou cada grupo social, no sentido de concretizar: I – acesso universal e equidade como direito à cidadania, sem privilégios nem preconceitos de qualquer espécie, tratando as desigualdades com equidade e atendendo as necessidades pessoais específicas, segundo as prioridades definidas pela vulnerabilidade e pelo risco à saúde e à vida, observado o que determina o Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2014a, p. 1-2).

No trecho acima, podemos destacar a noção de humano acompanhada de um espectro de diversidade, que chama atenção para a especificidade de cada vida ou grupo social que compõe a humanidade. Há também a presença da noção de equidade, sendo esse um dos princípios direcionadores do SUS, que busca considerar os efeitos das interações dos processos de determinação social de saúde (raça, gênero, sexualidade, classe social e território) em sua complexidade, provocando o debate em torno da diversidade das experiências de saúde e adoecimento a partir de uma perspectiva interseccional (Gomes; Meira; Silva, 2021).

A formalização dos processos de mudança na formação médica apresentados na forma das DCNs é apenas um passo em um processo maior de mudanças nas práticas de ensino e trabalho na Medicina que seguem em curso. Em 2018, a abertura de novos cursos de Medicina e a ampliação de vagas em nível nacional foi suspensa por cinco anos pelo Ministério da Educação[26] até a homologação da "nova lei do Mais Médicos".[27] Tal processo tem a participação de entidades como a ABEM, DENEM e CFM e objetiva controlar a abertura desenfreada de novos cursos de Medicina, que ocorrem além das necessidades locais e da possibilidade de oferta de campos de estágio pelo SUS. Entretanto, diversos estabelecimentos particulares de ensino abriram novos cursos de Medicina fora das regras propostas através de ações judiciais, movimento que segue ocorrendo em função dos altos lucros que os cursos de Medicina oferecem devido às mensalidades exorbitantes.

No tempo da presente pesquisa, em 2024, ocorriam os debates sobre a implementação das novas DCNs do curso de Medicina, tensionados pelo DENEM, que denunciam a falta de participação das(os) estudantes, assim como a ausência de docentes do norte e nordeste do Brasil no próprio processo de construção das Diretrizes. O movimento estudantil, nesse momento, alerta para os perigos de se retroceder nas questões propostas pelas DCNs de 2014. Esse retrocesso poderia de manifestar na supressão de questões relativas à equidade e ao contexto brasileiro na reestruturação do currículo por meio de uma reestruturação curricular baseada em um parâmetro europeu de ensino que ignora as realidades locais.[28]. Esse debate seguiu sob a forma de assembleias *online* com a participação de estudantes de Medicina de todo o País, visando levantar propostas para as negociações do DENEM com a ABEM e CFM[29]. No encontro,

---

[26] Portaria nº 328/2018, que dispõe sobre a suspensão do protocolo de pedidos de aumento de vagas e de novos editais de chamamento público para autorização de cursos de graduação em Medicina e institui o Grupo de Trabalho para análise e proposição acerca da reorientação da formação médica. Mais informações sobre a suspensão se encontram disponíveis em: http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/212-educacao-superior-1690610854/62491-mec-suspende-criacao-de-cursos-de-Medicina-e-anuncia-politica-de-redefinicao-da-formacao-medica. Acesso em 24 de agosto de 2023.

[27] Lei n° 14.261/2023 que institui a Estratégia Nacional de Formação de Especialistas para a Saúde no âmbito do Programa Mais Médicos; e altera as Leis nº 12.871/2013, 13.959/2019, e 13.958/2019, para criar novos incentivos e regras no âmbito do Projeto Mais Médicos para o Brasil e do Exame Nacional de Revalidação de Diplomas Médicos Expedidos por Instituição de Educação Superior Estrangeira (Revalida) e para transformar a Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (ADAPS) em Agência Brasileira de Apoio à Gestão do SUS (AGSUS). Mais informações sobre a referida lei em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2023/07/17/sancionada-estrategia-de-incentivo-ao-programa-mais-medicos#:~:text=J%C3%A1%20est%C3%A1%20em%20vigor%20a,sexta%2Dfeira%20(14). Acesso em 24 de agosto de 2023.

[28] A proposta apresentada pela ABEM é baseada no modelo da World Federation of Medical Education, sediada na Inglaterra.

[29] O debate sobre as novas DCNs de Medicina foi acompanhado através da participação do pesquisador na Plenária Estudantil realizada de modo *online* no dia 08 de agosto de 2024 e registrado no diário de pesquisa.

também foram debatidas a noção de determinação social do processo saúde-doença no currículo, a curricularização da extensão e a permanência estudantil.

O breve percurso histórico aqui apresentado buscou visibilizar os embates no campo da formação médica, rompendo com generalizações que constantemente enquadram o curso de Medicina como campo totalmente tomado por práticas conservadoras e por docentes e discentes que visam a manutenção de privilégios através do exercício da Medicina. Tais generalizações também estão presentes nos diários de pesquisa apresentados ao longo do presente texto, compartilhados como percepções em meio às dificuldades encontradas no cotidiano da formação. Entretanto, nos processos históricos de constituição deste campo, encontramos dissensos e forças que seguem intervindo nas práticas instituídas e que abrem possibilidade para outras experiências de formação.

Em relação à humanização, essa noção surge nos embates em torno da construção da educação médica, atravessada por transformações sociais, econômicas e políticas no Brasil e no mundo, e busca se consolidar como princípio em todas as escolas médicas do País. Diante do cenário hegemônico de uma formação pensada para o lucro, a humanização pode ser apenas um conteúdo a mais da formação, um conteúdo restrito ao tempo-espaço de algumas disciplinas e que valoriza o produto a ser ofertado. Nessa direção, a humanização é reafirmada como processo colonizador de manutenção da lógica da branquitude e das desigualdades historicamente construídas. Ao mesmo tempo, a abertura para a humanização em uma perspectiva insurgente possibilita a problematização dos modos como nos produzimos humanos. Tal paradoxo nos chama atenção para a complexidade dessa questão, que seguirá tensionada nas análises da presente pesquisa.

Diante das disputas que permeiam o campo da formação em Medicina, seguimos a análise da encomenda de humanização com atenção para a convocação da Psicologia como campo de saber destinado a debater a humanização na formação médica.

3.2 Intercessões entre Humanização e Psicologia na educação médica: possibilidades de intervenção

A encomenda em análise ocorreu a partir da contratação de psicólogas(os) para trabalharem como docentes no estágio e nas disciplinas teóricas do eixo de Humanidades Médicas, presente

do 1º ao 8º período, da graduação em Medicina [30]. Essas disciplinas tinham como objetivo aproximar o curso de Medicina das DCNs em vigência naquele momento (Brasil, 2014a), com finalidade de formar profissionais com perfil "generalista", "humanista", "crítico", "reflexivo", considerando os diferentes determinantes sociais de saúde que atravessam a diversidade de experiências humanas.

A presença dessas noções nas DCNs possibilitou a entrada de perspectivas críticas ao paradigma biomédico (Fertonani; Pires; Biff; Scherer, 2015) que diferem do ensino de protocolos, prescrições e exames. Porém, a presença das disciplinas de humanização no currículo de Medicina também é atravessada por embates, tendo em vista a captura desses discursos à finalidade útil de treinar habilidades consideradas humanizadas nas(os) estudantes. De maneira hegemônica, essas disciplinas buscam abordar a relação entre médica(o) e paciente e são comumente denominadas Psicologia Médica ou Medicina Psicossomática (Aragaki; Spink, 2009).

A presença dos saberes que constituem o campo da Psicologia nos cursos de Medicina ocorre em países que seguem o modelo de formação médica norte-americano e europeu desde meados do século XX, quando houve o reconhecimento, por parte das ciências médicas instituídas, dos fatores sociais nos processos de adoecimento. Naquele momento, em meio à fragmentação instituída entre os campos de saber acadêmicos e científicos, a Psicologia alcançou visibilidade ao comprovar, nos termos da ciência hegemônica, as Teorias do Comportamento por meio de métodos quantitativos (Weg; Suls, 2014).

No Brasil, a inserção das disciplinas de Psicologia na grade curricular da formação médica não é recente, como no curso de Medicina da Universidade de São Paulo na década de 1960 (Vane, 2019). Em pesquisa realizada com as(os) docentes das disciplinas de Psicologia Médica em cursos de graduação de Medicina, todas(os) as(os) médicas(as) psiquiatras que dialogam com a psicanálise, segundo Sergio Aragaki e Mary Spink (2009), apresentam diferentes concepções sobre o lugar da Psicologia na formação médica.

Entre as(os) entrevistadas(os) de Sergio Aragaki e Mary Spink (2009), há a compreensão generalizada da divisão do humano nas dimensões biológica, psicológica e social e a afirmação de uma formação que ensine a(o) estudante a diferenciar os discursos considerados científicos daqueles que são representam o senso comum referentes a essas dimensões. Também

[30] A estrutura do Eixo de Humanidades Médicas será apresentada no Capítulo 4.

encontramos a concepção generalizada da divisão entre corpo e mente, sendo a mente considerada parte da instância psicológica. Para as(os) estudantes entrevistadas(os), essa é uma dimensão considerada abstrata, não palpável e de difícil controle. As(os) professoras(es) entrevistadas(os) também afirmam que a Psicologia Médica faz parte da inserção de um paradigma biopsicossocial na formação, ainda visto de maneira banalizada pela maioria das(os) estudantes, que tendem a valorizar mais o conhecimento sobre a dimensão biológica (Aragaki; Spink, 2009).

De acordo com Sergio Aragaki e Mary Spink (2009), as disciplinas ligadas à Psicologia são centrais para dar lugar ao âmbito psicológico na formação médica. Essas disciplinas, segundo as(os) docentes entrevistados pelos autores, convidam a(o) estudante a ver a relação médico-paciente, a relação com outras(os) estudantes e com as(os) professoras(es). Elas são entendidas como um espaço de introdução das bases humanas da Medicina, que permitem a formação de um(a) profissional mais sensível, menos frio e distante do sofrimento da(o) paciente. Busca-se, portanto, a atenção à importância do contato humano na relação médica(o)-paciente, que também se estende à relação com outras(os) profissionais da área da saúde. Essas disciplinas também são consideradas espaços para se pensar a formação, humanizando a relação das(os) discentes com as disciplinas de anatomia e com os animais utilizados como objetos de experimentação (Aragaki; Spink, 2009).

Metodologicamente, ainda segundo Aragaki e Spink (2009), essas disciplinas da Psicologia que compõem o currículo da formação em Medicina são constituem espaços de menos teoria e mais experimentações coletivas, assim como espaços de treinamento de habilidades de entrevista e de contato com a(o) paciente. Elas também permitem à(ao) estudante expressar os seus sentimentos, em oposição a uma postura neutra, demandada ao longo da formação.

Nessas concepções que atravessam as disciplinas de Psicologia Médica, podemos encontrar uma tentativa de ultrapassar a suposta neutralidade e objetividade que atravessam o saber médico. Essa tentativa, contudo, não tem a pretensão de trazer à tona a lógica da branquitude, dos racismos institucionais, dos preconceitos e das discriminações que constituem esses saberes (Bento, 2022). Também podemos encontrar diversas expectativas construídas sobre o lugar da(o) psicóloga(o) como docente na formação médica que resultam das divisões disciplinares dos saberes que atravessam o mandato social da Psicologia e que estão presentes na encomenda analisada nesta pesquisa (Rodrigues, 2006). Entre tais expectativas, podemos considerar a(o) psicóloga(o) como aquela(e) que irá auxiliar as(os) estudantes a levarem em consideração a

parte humana das(os) pacientes por serem especialistas no conhecimento dos aspectos abstratos, que extrapolam o corpo biológico, como os fatores emocionais e sociais, visando melhorar a relação que se constrói com o público atendido.

Diante dessas concepções instituídas, algumas perguntas surgem como meios de desnaturalizar esse lugar encomendado. Afinal, há biológico sem psicológico? Mente sem corpo? Corpo sem sentimento? Formação sem contato? Cuidado sem relação? É possível treinar habilidades de humanização? Há uma parte da formação que não é humana?

Tais questionamentos convocam à prudência de não tomarmos como necessariamente positiva o convite feito à Psicologia de adentrar na formação médica, tendo em vista as diversas armadilhas que se apresentam em meio aos discursos instituídos que embasam a intercessão historicamente construída entre a Psicologia e a Medicina. Também há o desafio de não tomarmos como garantida a crítica ao paradigma biomédico, seus reducionismos, binarismos e concepções racistas, sexistas, capacitistas e lgbtfóbicas apenas com a presença de uma ou algumas disciplinas na grade curricular que abordem o tema da humanização. Há diversos caminhos possíveis, e diversas capturas também, presentes nos jogos de força em torno dos discursos humanistas.

Para ampliarmos essas questões, retornamos, por meio do diário de pesquisa (Lourau, 1989), ao momento em que iniciei o segundo semestre como professor-psicólogo na disciplina de estágio:

"Hoje começo novamente o semestre com o desafio de aprofundar alguns debates, tendo em vista que as subturmas que passaram por mim no 5º período retornam agora no 6º. Com as mudanças na faculdade, daqui por diante estarei apenas com estudantes do 6º período. Percebo em mim uma certa 'pressão' por novidade, para não repetir algumas atividades que já foram propostas. Entretanto, essa cobrança também é atravessada por um querer ser bom, valorizar o tempo ali, já que estou como professor-psicólogo em meio a tantas(os) professoras(es) médicas(os), que podem oferecer atividades mais interessantes do que eu costumo propor. Percebo uma cobrança por não estar ensinando um conhecimento 'técnico' como nos demais campos de estágio. Mas o que estou ensinando, afinal?

Começo o dia de estágio com o primeiro grupo, que para minha surpresa é o mesmo grupo dos 'rapazes do jet-ski' do semestre passado. Ao questionar as expectativas sobre o semestre que se inicia, um estudante diz que percebe como o mercado está saturado e que ele tem que ser

bom no que estão fazendo. Os outros colegas concordam e dizem que agora estão mais familiarizados com a 'prática' e querem deixar de ser 'apenas estudantes' para se tornarem mais profissionais. Pergunto o que seria isso e outro estudante responde que quer ser bem lembrado por suas/seus professoras(es) médicas(os), que podem indicá-los para trabalho e pacientes futuramente, assim como quer ser bem lembrado pelas(os) pacientes. Eles concordam e dizem que a humanização do atendimento ajuda nisso, junto ao conhecimento técnico. Percebo, ali, que a humanização vem como uma forma de entregar 'um bom produto', 'ser reconhecido', 'ter emprego' e, consequentemente, 'ganhar dinheiro'.

Na tentativa de trazer um outro olhar sobre os problemas em torno da humanização, propus compartilharmos a leitura do capítulo seis do livro 'Cachaças, suores e amores', que conta a história de Tereza[31]*. Escolhi este capítulo, pois Tereza, que é mãe solteira, auxiliar de serviços gerais, moradora de um bairro periférico e bastante questionadora (principalmente daqueles que querem ditar regras sobre sua vida), circula em dois serviços de saúde (UBS e hospital) experienciando acontecimentos que a fazem questionar a prática médica e a formação de Medicina pela sua perspectiva. Ela me ajuda a propor aos estudantes algumas questões que disparam conversas sobre a prática médica e a formação.*

Após a leitura, a história de Tereza se desdobra entre nós como lembranças e os estudantes compartilham algumas situações em que professoras(es) trataram as(os) pacientes como objeto de estudo. Lembramos que ali há uma vida, uma história, um sujeito. Questiono se podemos imaginar quais histórias são essas. A discussão se amplia quando pensamos nas relações de Tereza com o sistema de saúde, a normatização prescrita pelos(as) médicos(as), suas expectativas e pela fragmentação do cuidado. Ao final do dia, mesmo com o estágio já encerrado, Tereza deixa em mim outras provocações, afinal, como produzir contato com histórias tão distantes de nós? Como se afetar por elas? Eis alguns dos desafios deste semestre...

Algum tempo depois, em meio às andanças pela cidade, me chama atenção um outdoor de uma escola, a entrada de um hospital e a entrada de outra escola, todos estabelecimentos privados. Ali, a humanização é estampada para vender um produto diferenciado:

---

[31] Personagem-conceito presente na pesquisa de Bonaldi e Barros (2019) que realiza um percurso entre diferentes acontecimentos no cotidiano da formação médica, produzindo questionamentos que desnaturalizam as práticas de estudantes, professoras(es) e trabalhadoras(es) na UBS, hospital-escola e em seu território. A história de Tereza e o momento de leitura do livro serão apresentados no Capítulo 5.

Figura 1: Foto *outdoor* da escola

Fonte: Acervo do pesquisador, 2023

Figura 2: Foto entrada do hospital

Fonte: Acervo do pesquisador, 2023

Figura 3: Foto entrada da escola

Fonte: Acervo do pesquisador, 2023

Me deparar com essas propagandas me fez lembrar dos estudantes e suas expectativas com a valorização do produto que eles estavam querendo aprender a vender desde a faculdade. Aquelas imagens também me trouxeram a perspectiva de um problema muito maior sobre a humanização, que extrapola os limites de uma disciplina. Penso como uma disciplina de humanidades pode acabar se tornando um 'coaching' de empreendedorismo médico. Como posso, então, construir uma disciplina de humanização para além de um produto que agregue valor a um serviço? Eis o desafio para esse semestre, eis o desafio para toda uma formação" (DIÁRIO DE PESQUISA, 13 de fevereiro de 2023).

Naquele momento, estava sobreimplicado[32] e preocupado em "dar conta" da encomenda que me foi dirigida, questionei como a humanização poderia ser ensinada para além das formas instituídas de uma disciplina de Psicologia Médica. A direção crítica que tentei afirmar conflitava justamente com a ideia de ensinar alguém a ser humanizada(o). Na recusa de uma abordagem que reafirme a humanização em uma perspectiva colonizadora, o processo de

[32] A sobreimplicação é um processo de individualização de questões que são produzidas coletivamente em meio à tendência de centralização da responsabilidade no indivíduo, efeito da dificuldade de realizar a análise das implicações (Lourau, 2004a).

construção do estágio foi tomado como possibilidade de experimentação, junto às/aos estudantes, na criação de dispositivos que possibilitassem o pensar-intervir na produção do humano, produzindo interpelações em relação à lógica da branquitude naturalizada.

Há, nessa direção, o desafio de não tomarmos os sujeitos como cristalizados em formas prontas, como a(o) paciente, a(o) estudante-de-Medicina, a(o) professor-de-humanização. Trata-se de um desafio para o exercício de desnaturalização de formas-identidade e de práticas, que deve ser feito não somente pelas(os) estudantes, mas também por mim, no lugar de professor homem-branco-cisgênero. Tal questão incide diretamente sobre a relação que estabeleci com as(os) estudantes, como no caso dos "rapazes do jet-ski", conforme compartilhado no diário. Ao me relacionar com as(os) estudantes de modo a tomá-las(os) como formas prontas, me vi paralisado e cansado, como se estivesse em uma experiência-sem-saída, sem conseguir colocar em análise as implicações com esses processos (Machado, 2023).

No exercício de compartilhar a pesquisa nos encontros de orientação coletiva[33] concomitante ao trabalho com docente, foi possível intervir nos processos de sobreimplicação, me afastando do pedido presente naquela encomenda ao questionar o ensino de humanização resumido ao treinamento de habilidades e os modos como me relacionava com as(os) estudantes.

Havia uma tendência das(os) estudantes de duvidarem das horas que seriam "gastas" com a humanização em meio a outros conteúdos supostamente mais urgentes para a formação. Em pesquisa realizada por Izabel Rios e Caroline Sirino (2015), direcionada para a compreensão das(os) estudantes de Medicina sobre a humanização na formação médica, encontramos a afirmação de que é comum que tais disciplinas sejam consideradas como desinteressantes e dispensáveis, em parte devido à abordagem superficial e aos obstáculos para a sua realização. Em outra pesquisa, também realizada com estudantes, a noção de humanização está presente em seus sentidos instituídos, principalmente diante de situações de sofrimento e de realidades socioeconômicas diferentes, que provocam uma postura caritativa e piedosa, na tentativa de ser empático, ou seja, de se colocar no lugar do outro[34] (Garcia; Ferreira; Ferronato, 2012).

Na proposta de desviarmos das trilhas previamente pensadas para os usos dos saberes da Psicologia no campo da formação médica, podemos encontrar pistas nas práticas da Psicologia

---

[33] As orientações coletivas ocorreram no contexto do grupo de pesquisa Entre-visões, no qual as(os) orientandas(os) e orientadora compartilham os processos de pesquisa, produzindo intervenções de maneira cogestiva.

[34] A discussão sobre a noção de empatia será ampliada no Capítulo 6.

no Brasil. Assumimos que o exercício da Psicologia não é um trabalho isento e neutro, tendo em vista o compromisso social da própria Psicologia. Essa noção, gestada desde os anos de 1970 em questionamentos acerca da aliança entre os saberes da Psicologia e com o regime ditatorial militar, assim como em relação às práticas elitizadas da saúde tomada como mercadoria, busca afirmar uma atitude crítica, situada e nunca apartada de um campo social e político (Bock, 2002).

Nessa direção, Eduardo Passos (2009) afirma que problematizar os modos de subjetivação na contemporaneidade e sua relação com as políticas públicas é importante, sobretudo, para os processos de formação. O desafio assumido pelos movimentos de mudança nos modos de atenção e gestão nas práticas de saúde, assim como no exercício da Psicologia, nos convoca a pensar na redefinição dos conceitos de “saúde”, “cuidado” e “humanização”, assim como na participação daquelas(es) que, por muito tempo, foram considerados apenas como pacientes ou alunos.

Com os debates feitos nos últimos capítulos, a presente pesquisa segue na direção de pensar a formação médica como campo de forças em disputa, heterogêneo e sempre inacabado, possibilitando intervenções. Afirmamos o humano como uma noção historicamente construída em processos de colonização, que produz efeitos de exclusão e hierarquização entre aquelas(es) que são e não são consideradas(os) humanos. Essa lógica opera por meio de violentos processos de apagamento, que servem à manutenção de privilégios e desigualdades. Ainda que diante do risco de diversas capturas, tomamos a entrada da Psicologia no campo da formação médica, através da encomenda de humanização, como possibilidade exercitar a humanização em um sentido insurgente, a fim de afirmar a diversidade de modos de existência em que o outro possa comparecer como sujeito.

Como desdobramento da análise de encomenda, seguiremos, no próximo capítulo, situando a construção do Estágio em Humanidades Médicas e, posteriormente, analisando os dispositivos construídos no contexto do estágio, agora como demanda produzida no encontro com as(os) estudantes, usuárias(os) e profissionais do serviço de saúde.

4 A CONSTRUÇÃO DO ESTÁGIO DE HUMANIDADES MÉDICAS: PROPONDO DISPOSITIVOS DE FORMAÇÃO

> Que tal se entregar? Acompanhar movimentos. Deixar-se levar, como quem tamborila uma música e viaja no pensamento. Imparcialidade? Objetividade? Não. Peçam-me rigor. Rigorosa postura, rigorosos princípios, rigorosa crença na vida. Não há produção hermética. Toda produção exige contaminação, impurezas, traições. Tempero. Destempero (Bonaldi; Barros, 2019, p. 59).

O percurso metodológico compartilhado neste capítulo não se resumirá em etapas a serem seguidas linearmente. Não pretendemos construir um "guia" ou "manual" que possibilite encontrar a melhor forma de humanização na formação médica ou apresentar o procedimento da pesquisa como uma demonstração de etapas a serem seguidas. Por outro lado, propomos uma "mostração" no sentido de compartilhar uma singularidade possível na invenção (Machado, 2023), que possa inspirar, instigar e provocar outros modos de fazer pesquisa.

As contaminações assumidas na cartografia afirmam processualidades singulares, possíveis nos encontros da(o) pesquisador(a) com o campo de pesquisa. A noção de processualidade se difere do processamento, sendo que esta última considera a construção do conhecimento como coleta de informações a partir de dados retirados de um cenário já colocado e que deverão ser analisados conforme regras previamente estabelecidas. Numa pesquisa feita a partir de processamento de dados, suas etapas são distinguidas em coleta, análise e discussão, que ocorrem como uma série sucessiva de momentos separados.

Por outra direção, a noção de processualidade nos leva ao "coração da cartografia" (Barros; Kastrup, 2009, p. 58), que propõe o pesquisar como percurso que se inicia no meio de uma história que não tem apenas um ponto de partida, mas é constituída por forças sempre em movimento. O fazer da pesquisa cartográfica é exercitado como um caminhar, em passos que se sucedem sem se separar, de modo que cada momento se prolonga nos momentos seguintes. Não se trata, portanto, de um objeto de pesquisa a ser analisado, estático e possível de ser apreendido de maneira isolada, mas de um "objeto-processo", que requer atenção às suas condições de produção e que coloque em análise todos os momentos da pesquisa (Barros; Kastrup, 2015).

Afirmamos essa direção com o intuito de acessar o plano das forças (Deleuze; Guattari, 1995) que constituem os processos de formação em que emergem sujeitos, objetos, campos, pesquisadoras(es), pesquisadas(os), problemas, discursos e mundos que extrapolam o tempo-espaço formal da graduação e que são permeados por relações de saber-poder (Foucault,

2006b). Tais processos serão acompanhados a partir da análise das implicações que comparecem nos diários de pesquisa (Lourau, 1989) – alguns deles já foram compartilhados no presente texto –, assim como os diários reflexivos das(os) estudantes, que serão compartilhados a partir do Capítulo 6. O acesso aos diários reflexivos ocorreu através do envio deste material após as(os) estudantes encerrarem a participação na disciplina de estágio, com autorização registrada no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A realização da pesquisa também ocorreu com a aprovação do Comitê de Ética do estabelecimento de ensino superior, através de Carta de Anuência assinada e anexada ao processo da Plataforma Brasil[35].

Com o exercício da escrita, buscamos acessar a dimensão micropolítica das práticas cotidianas (Foucault, 2006a), através das linhas de conexão que evidenciam forças que se agenciam nas experiências concretas quando o vivido encontra as formas instituídas (Machado, 2023). A escrita atravessou os diferentes dispositivos do Estágio de Humanidades Médicas, permitindo acessar os modos como nos relacionamos com sujeitos e instituições presentes no cotidiano da formação (Ferraço, 2007) – sejam elas(es) usuárias(os) dos serviços de saúde, professoras(es), colegas de turma, familiares, amigas(os), além da própria Medicina, da humanização, das provas e entre outros. A escrita se faz presente nos diários reflexivos, nos prontuários, nas avaliações, na leitura compartilhada da história de Tereza (Bonaldi; Barros, 2019) e dos encaminhamentos.

Assim como o exercício da escrita, o estágio foi construído com dispositivos que criaram condições de experimentação do exercício de fissurar a produção colonizadora do humano. A cartografia, como exercício de acompanhamento dos processos de produção de subjetividade, requer a criação de dispositivos (Kastrup; Benevides, 2009), e isso não significa apenas fazer esses dispositivos funcionarem, mas acompanhar seus efeitos, seus pontos de enrijecimento, suas rupturas e as transformações da realidade que eles causam (Deleuze; Guattari, 1995). Na presente pesquisa, a cartografia permeia as práticas de trabalho como professor-psicólogo, de modo que nos interessa acompanhar a construção dos dispositivos que permeiam a encomenda de humanização e que foram construídos de modo participativo com as(os) estudantes. Isso se difere dos modelos curriculares prontos que pouco conversam com a experiência da formação.

A análise da encomenda de humanização nos convoca à intervenção no dispositivo de racialidade (Carneiro, 2023) como dispositivo formativo de produção do ideal de ser humano

[35] Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e Naturais da Universidade Federal do Espírito, com parecer número 6.431.872.

universal branco cisgênero heterossexual e masculino (Bento, 2022). O Estágio de Humanidades Médicas se constituiu a partir de dispositivos surgidos no cotidiano de trabalho, por meio deles buscamos interferir-desmontar a lógica hegemônica ao visibilizar-intervir no processo de formação. Isso foi feito por meio das caminhadas pelo bairro e do Serviço de Acolhimento Institucional, do Grupo da Primeira Idade, dos acolhimentos, a escrita e o compartilhamento dos diários reflexivos[36].

Segundo as contribuições de Foucault (1995), consideramos um dispositivo como uma "máquina de fazer ver e falar", que não se propõe a reafirmar objetos e discursos pré-existentes de um determinado campo, mas visibilizar as variações discursivas e práticas que os constituem, permitindo mobilizar forças na direção de outros modos de produção de subjetividades. Os dispositivos são efeitos e produtores de conexões, caracterizados por sua capacidade de produzir variações e deslocamentos, a partir de uma regularidade que permite a criação de territórios existenciais que operam, ao mesmo tempo, como superfície de experimentação (Kastrup; Benevides, 2009).

Os dispositivos do Estágio de Humanidades Médicas se constituíram como possibilidade de acessar o campo das práticas, o que consideramos como a matéria mais importante a ser analisada, pois é nelas que moram efetivamente as condições de produção de sujeitos e objetos. Na direção do trabalho de Paul Veyne (1998), a partir do pensamento foucaultiano, somos convocados a desviar o olhar dos objetos supostamente naturais e universais para as práticas que os produzem, colocando-as em questão. Ressaltamos que esse desvio não é apenas uma mudança de palavras, mas uma possibilidade de não nos guiarmos por falsos problemas que buscam a essência de um suposto objeto natural que se conserva ao longo do tempo, como a Medicina, a humanização e a(o) estudante.

Encontramos em Foucault (1999) a possibilidade de problematizar as práticas que naturalizam as relações entre formação, saber científico e o lugar de especialista formada(o) ao concluir um curso de graduação, após frequentar aulas e realizar testes que supostamente avaliam a aquisição do conhecimento. Essas e outras exigências, instituídas ao longo do período da modernidade colonial (Lugones, 2014) e exportadas como modelos educacionais, têm como objetivo autorizar o indivíduo formado a modificar, multiplicar e verificar discursos localizados em determinado campo do saber após obter um diploma. Para isso, há diversos rituais

[36] Os dispositivos citados serão compartilhados nos Capítulos 5, 6, 7, 8, 9 e 10.

estabelecidos que irão qualificar aquele que pode falar sobre algo, a depender de qual âmbito estão localizadas essas produções discursivas, sejam elas acadêmicas, jurídicas ou religiosas.

No caso da formação médica, assim como no âmbito acadêmico relativo a qualquer outra profissão da área da saúde, uma pessoa, ao passar por uma formação de ensino superior, é autorizada socialmente e legalmente a dizer a verdade sobre o corpo, a doença e qual o melhor tratamento a ser feito. O carimbo desta(e) profissional irá simbolizar essa autorização (Bonaldi; Barros, 2019). Essas relações instituídas entre formação e autorização para dizer a verdade sobre determinado campo de saber atravessam a relação dos sujeitos com o conhecimento no contemporâneo. Como efeito de diversos processos que constituíram a modernidade colonial, atravessada pelo ideal iluminista, positivista e cartesiano, conhecer se tornou um processo limitado à consciência à apreensão de objetos em um mundo já dado, não havendo a necessidade de um exercício ético de atenção aos modos como nos constituímos com o mundo (Foucault, 2006).

Desse modo, consideramos importante a distinção entre as tecnologias de dominação e as tecnologias de si (Foucault; Sennett, 2004). As primeiras dizem sobre as técnicas disciplinares de controle que atravessam os estabelecimentos educacionais e marcam os processos formativos construídos na Europa do século XVIII, exportados nos processos de colonização. Tais técnicas têm como objetivo docilizar os corpos e determinar a conduta dos indivíduos, através do controle do tempo, do espaço, das avaliações, da mensuração do desempenho e da separação entre os corpos considerados capazes ou não.

Com o intuito de desnaturalizar essas práticas, Foucault (2006) aponta outros modos de relação com o conhecimento que foram e são possíveis, como as técnicas de si praticadas na Antiguidade grega. O retorno a esse momento histórico não tem como objetivo idealizar modelos do passado, mas provocar problematizações sobre o presente. Sendo assim, Foucault (2006) busca afirmar o conhecimento não como uma verdade absoluta pronta a ser apreendida, mas como um caminho que convoca ao exercício de se colocar à prova em um processo de modificação de si. As técnicas de si se orientam do sujeito para si próprio, através de diversas práticas que têm como objetivo produzir modificações nos processos de subjetivação. Não se trata de uma ação ensimesmada e individualizada, tendo em vista que o si não é o indivíduo ou o eu, mas o sujeito que emerge como efeito das práticas exercitadas com o mundo.

Essa direção aponta saídas para os processos coloniais de submetimento, violência e apagamento dos saberes não hegemônicos que atravessam os processos de formação no contemporâneo. Afirmamos a possibilidade de exercitarmos práticas formativas em outras direções com o objetivo de desmontar as tecnologias de dominação da humanização colonizadora. Na direção crítica de fissurar modelos educacionais centrados na transmissão de informações e na aquisição de conhecimentos para uma finalidade útil (Freire, 2017), afirmamos a formação como exercício de cuidado com os dispositivos, que tem como efeito a formação de si e do mundo (César, 2013).

Nesse sentido, no trabalho formativo, aposta-se em um processo de desaprendizagem das práticas instituídas e dos modos como nos relacionamos com discursos e verdades hegemônicas (César, 2013), construídas e naturalizadas nos processos de colonização (Bento, 2022; Carneiro, 2023; Lugones, 2014). Na experiência da presente pesquisa, os dispositivos possibilitam condições de produção de um modo insurgente de ser humano, a partir de um convite ao trabalho sobre si na relação com seres humanos, não-humanos e na vida não limitada que permanece de fora do casulo restrito da humanidade (Krenak, 2019).

Nessa direção, a autora e professora bell hooks (2013), em diálogo com o trabalho de Paulo Freire (2017), propõe uma distinção entre uma educação que reafirma processos de dominação e uma educação como prática de liberdade. A primeira é baseada nas práticas de obediência e assujeitamento, que consideram o conhecimento resumido à transmissão de informações e verdades baseadas em pressupostos racistas e sexistas. Este primeiro modo se apresenta como uma educação bancária nos termos de Paulo Freire (2017), em que o conhecimento se torna objeto de aquisição para uma finalidade útil, transmitido do sujeito que sabe para a(o) aluna(o) supostamente destituído de razão.

Por outro lado, uma educação como prática de liberdade considera a formação como ato contra-hegemônico e como um "modo fundamental de resistir a todas as estratégias brancas de colonização racista" (hooks, 2013, p. 10). Diante dos processos de dominação, a emancipação de grupos invisibilizados se mostra como prática insurgente que coloca em questão os próprios modos de construir conhecimento na direção de afirmar a(o) estudante como sujeito participante nos processos de formação. Como ato de transgressão às práticas hierárquicas que atravessam o modelo da educação bancária, bell hooks (2013) aponta a possibilidade de construção coletiva do conhecimento, através da abertura à participação das(os) estudantes que produzem

intervenções nos processos formativos e constroem uma “comunidade aberta de aprendizado” (p. 18).

Cabe ressaltar que não afirmamos a liberdade como uma noção romantizada, baseada em desresponsabilização e possibilidades irrestritas. A formação emancipadora não é espontânea e fruto de uma boa vontade, trata-se de um trabalho que requer condições de sustentação, como a abertura ao encontro, à participação, à imprevisibilidade e à regularidade como meio de produzir contornos na experiência compartilhada no coletivo. Esse é um processo possível de corresponsabilização, um modo ético de se conduzir a formação que considera a atenção aos modos como nos formamos com o mundo (César, 2013).

Essa direção foi tomada como exercício ao longo do processo de construção do estágio. Ao ser contratado pelo estabelecimento de ensino, recebi a encomenda de construir, junto às(aos) outras(os) professoras(es), as disciplinas de estágio e as disciplinas teóricas que faziam parte do currículo novo do curso de Medicina. Até o momento em que encerrei o contrato, o curso era dividido em quatro eixos que atravessam todos os períodos (Clínica, Pesquisa e Extensão, Atenção Primária à Saúde e Humanidades Médicas), sendo o Eixo de Humanidades Médicas composto pelas três disciplinas de estágio (5º, 6º e 8º períodos) e as oito disciplinas teóricas (1º ao 8º período).

No primeiro semestre de contratação, estive como preceptor do Estágio de Humanidades Médicas do 5º e 6º períodos e da disciplina teórica do 6º período. No segundo semestre, os estágios foram reorganizados entre as(os) professoras(es), de modo que estive como preceptor no estágio apenas no 6º período e como professor nas disciplinas teóricas do 2º e 6º períodos. A partir do terceiro semestre também fui professor da disciplina teórica do 1º período. No quarto semestre, permaneci apenas nas disciplinas teóricas do 1º, 2º e 6º períodos e realizei a construção de uma proposta de reestruturação do Eixo de Humanidades Médicas, encomendada pela coordenação pedagógica do estabelecimento de ensino.

A seguir, o Quadro 1 permite visualizar as mudanças ocorridas ao longo dos quatro semestres em que atuei como professor-psicólogo.

Quadro 1 - Disciplinas e atividades realizadas como professor-psicólogo

SEMESTRE DE CONTRATAÇÃO	DISCIPLINAS E ATIVIDADES
1º	● Preceptor do Estágio de Humanidades Médicas na UBS (5º e 6º períodos). ● Professor na disciplina teórica de Humanidades Médicas - Saúde mental e desenvolvimento da criança e do adolescente (6º período).
2º	● Preceptor do Estágio de Humanidades Médicas na UBS (6º período). ● Professor na disciplina teórica de Humanidades Médicas - Saúde mental e desenvolvimento da criança e do adolescente (6º período). ● Professor na disciplina teórica de Humanidades Médicas - Determinantes sociais em saúde e grupos sociais (2º período).
3º	● Preceptor do Estágio de Humanidades Médicas na UBS (6º período). ● Professor na disciplina teórica de Humanidades Médicas - Saúde mental e desenvolvimento da criança e do adolescente (6º período). ● Professor na disciplina teórica de Humanidades Médicas - Determinantes sociais em saúde e grupos sociais (2º período). ● Professor na disciplina teórica de Humanidades Médicas - História da Medicina e paradigmas em saúde (1º período).
4º	● Professor na disciplina teórica de Humanidades Médicas - Saúde mental e desenvolvimento da criança e do adolescente (6º período). ● Professor na disciplina teórica de Humanidades Médicas - Determinantes sociais em saúde e grupos sociais (2º período). ● Professor na disciplina teórica de Humanidades Médicas - História da Medicina e paradigmas em saúde (1º período). ● Elaboração de ementas, bibliografia e proposta de organização das disciplinas teóricas e práticas do Eixo de Humanidades Médicas.

Fonte: Autor da pesquisa, 2025

O Estágio em Humanidades Médicas era considerado uma disciplina modular, com duração de um terço do semestre para cada estudante (seis semanas). As turmas eram divididas em subturmas que revezavam os diferentes estágios do ciclo clínico do curso. Durante um módulo, ocorria o rodízio de cinco subturmas na UBS, compostas por um número de estudantes variando de três a cinco que estavam presentes no campo de estágio uma vez por semana, ao longo de quatro horas. Ao todo, em um semestre composto por três módulos, 15 subturmas realizavam o rodízio no estágio. Paralelamente, também ocorriam as disciplinas teóricas de Humanidades

Médicas, que reuniam toda a turma em sala de aula, durante um semestre inteiro, como apresentado no Quadro 2.

Quadro 2 - Divisão da disciplina modular de estágio ao longo do semestre

SEMESTRE														
DISCIPLINA TEÓRICA (EM SALA DE AULA)														
ESTÁGIO MÓDULO A (6 semanas)					ESTÁGIO MÓDULO B (6 semanas)					ESTÁGIO MÓDULO C (6 semanas)				
SUB-TURMA 1A seg	SUB-TURMA 2A Ter	SUB-TURMA 3A qua	SUB-TURMA 4A qui	SUB-TURMA 5A sex	SUB-TURMA 1B seg	SUB-TURMA 2B ter	SUB-TURMA 3B qua	SUB-TURMA 4B qui	SUB-TURMA 5B sex	SUB-TURMA 1C seg	SUB-TURMA 2C ter	SUB-TURMA 3C qua	SUB-TURMA 4C qui	SUB-TURMA 5C sex

Fonte: Autor da pesquisa, 2025

A construção das disciplinas de Humanidades Médicas foi desafiadora, tendo em vista o processo de trabalho no estabelecimento de ensino. Apesar da intenção da coordenação pedagógica de incluir as disciplinas de humanização no novo currículo, havia pouca orientação para as(os) professoras(es) contratados, que, por vezes, se reuniam fora do horário de trabalho para compartilharem a construção dos campos de estágio. Além disso, havia o desconhecimento das(os) coordenadoras(es) dos períodos sobre o objetivo das disciplinas, de modo que apresentavam dificuldade de compreensão das atividades propostas que em alguns momentos destoavam dos modelos estabelecidos.

Por outro lado, a lacuna deixada possibilitou um espaço de experimentação de dispositivos que apresentaram efeitos inesperados. Foi na problematização da encomenda feita pelo estabelecimento de ensino que a disciplina de estágio foi construída com as(os) estudantes, em um processo inspirado pelas noções de clínica ampliada, acolhimento e cogestão, presentes na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008). Nesse processo, as condições de trabalho nos convocaram ao movimento de afirmação de um aprender-fazendo, mais do que um aprender para fazer (Heckert; Passos, 2009), de modo que não consideramos o conhecimento/teoria como preexistente e separados da ação/prática.

Nessa perspectiva, Celia Linhares (2000) afirma que estudantes e professoras(es) vão sendo fabricados e fabricam espaços de formação, contribuem para conservar formas instituídas ou intervir nelas. Tal proposta segue na esteira de pesquisas e estudos nos/com/dos cotidianos da formação, que, apesar de estarem situados majoritariamente na educação básica, devem ser ampliados para o ensino superior, a fim de problematizar suas lógicas de funcionamento (Alves, 2015).

Nesse campo de estudos, as(os) pesquisadoras(es) propõem a criação de metodologias que possam acessar as redes de saberes e práticas que formam sujeitos nos cotidianos escolares (Alves, 2015; Linhares, 2000; Ferraço, 2007). Essa proposta surge em oposição ao contexto hegemônico de projetos produtivistas que disputam a direção da educação brasileira, assim como no enfrentamento às pesquisas atravessadas por discursos e práticas curriculares baseadas na produção de um sujeito cartesiano e de um projeto moderno e colonial de sociedade. Em tais modelos hegemônicos, a formação busca alcançar a "plenitude da razão" como garantia de onipotência do humano racional, assim como a superação do senso comum, termo que se refere aos conhecimentos produzidos nos diversos cotidianos de vida e que extrapolam os esquemas curriculares e conteúdos programáticos. Há a pretensa formação de sujeitos que tudo podem e tudo sabem, em uma relação utilitarista, dominadora e domesticadora da vida (Linhares, 2000).

Por outro lado, ao questionarmos as bases coloniais modernas que constituem a noção de humano e os processos de formação médica, surge a necessidade de nos aliançarmos às políticas de produção do conhecimento que contribuem para a emergência de forças instituintes, rompendo com as formas rígidas do humano-cartesiano, assim como das separações entre teoria/prática e sujeito/objeto. Há a provocação de pesquisarmos com o que hegemonicamente é considerado menor ou à margem, mas que sempre esteve presente como *dentrofora* dos processos de formação (Alves, 2015). Nessa perspectiva, os currículos não se resumem aos conteúdos formais que devem ser ensinados de maneira universal em diferentes contextos de formação, mas a soma de todas as forças, aprendizagens, desaprendizagens, ausências e relações de saber-poder (Ferraço, 2007).

Na proposta de exercitarmos a construção de uma pesquisa nos/com/dos cotidianos, encontramos pistas que buscam orientar esse modo de fazer pesquisa, não como regras rígidas a serem seguidas, mas como direcionamentos éticos. Consideramos os cotidianos como redes de saberes e práticas tecidas por todas(os) aquelas(es) que dele participam, de modo que a produção dessas redes são o próprio cotidiano em movimento. Os sujeitos de pesquisas são

todas(os) aqueles, que de modo visível ou sutil, deixam marcas, como as(os) estudantes, professoras(es), usuárias(os) dos serviços que servem como hospital-escola, profissionais de saúde, funcionárias(os), técnicas(os) administrativos e diversas(os) outras(os). Esses não são objetos de nossas pesquisas, mas praticantes dos cotidianos e produtores de conhecimentos que aqui serão compartilhados (Ferraço, 2007).

Entre as ferramentas que nos possibilitam acessar essas redes de saberes e práticas, utilizaremos de dispositivos produzidos com estudantes, com equipamentos de políticas públicas e com a docência como meio de encontro com analisadores (Lourau, 2004a) presentes nos cotidianos do Estágio em Humanidades Médicas. Na perspectiva institucionalista francesa, os analisadores deslocam e despessoalizam a análise da figura da(o) pesquisador(a), permitindo trazer à luz as forças que atravessam tanto o campo de análise quanto o campo de intervenção, expressando, ao mesmo tempo, um acontecimento que denuncia uma realidade e anuncia possibilidades de mudança.

Nos próximos capítulos, as(os) estudantes seguem com a palavra, guiando as análises dos dispositivos do Estágio em Humanidades Médicas. Consideramos a análise não como etapa estática a ser cumprida pelo(a) pesquisador(a), mas ponto de partida para acessar a experiência de formação na presente pesquisa.

5 DISPOSITIVO ABERTURA DE ENCAMINHAMENTOS E ENCONTRO COM A HISTÓRIA DE TEREZA: PROVOCAÇÕES ÀS SEPARAÇÕES MEDICINA-PSICOLOGIA

A construção do Estágio em Humanidades Médicas foi permeada por experimentações em meio à rotina e à organização da UBS. No momento do início do estágio, havia apenas uma psicóloga, que trabalhava em horário reduzido e era responsável pelas visitas domiciliares e atendimentos individuais e com grupos (que estavam suspensos desde a pandemia de Covid-19[37]). Não havia reuniões de equipe, prática instituída naquele momento nas poucas UBSs do município que funcionavam sem a Estratégia de Saúde da Família[38] (ESF). Para organizar as demandas de saúde mental do serviço, a farmacêutica e a psicóloga se uniram para pactuar um fluxo de atendimento, acompanhar a dispensação da medicação psicotrópica, realizar os acolhimentos e a busca-ativa[39] das(os) usuárias(os). Além do professor-psicólogo responsável pelo Estágio em Humanidades Médicas, também estaria presente um professor-psiquiatra, a partir do segundo semestre de 2022, responsável pelo estágio de psiquiatria do 5º período. Ele atenderia, junto com as(os) estudantes, as(os) usuárias(os) com questões consideradas mais graves e urgentes, evitando a demora do encaminhamento ao Centro Municipal de Especialidades.

Após a contratação, e ciente da encomenda de construção da disciplina, fui à UBS antes do início do período letivo para conhecer o modo de funcionamento daquele serviço. A visita era motivada por um tanto de curiosidade e angústia, efeito da ausência do estabelecimento de ensino neste processo de construção e do desconhecimento por parte da coordenação sobre o que poderia ser um estágio de humanização. Em poucos dias, estaria recebendo 20 estudantes por semana dentro da UBS, um tanto desconfiadas(os) e curiosas(os) sobre o que poderia ser essa disciplina. Em meio ao temor do fracasso e à invenção, começava a me perceber no lugar

---

[37] O surto do vírus SARS-CoV-2 (Coronavírus ou Covid-19), anunciado em dezembro de 2019, foi declarado como pandemia pela Organização Mundial da Saúde no dia 11 de março de 2020, tendo como efeito milhares de mortes no Brasil e as políticas de redução do contágio, como o isolamento social e uso de máscaras. No momento de início do estágio, em 2022, a pandemia continuava presente, ainda que já ocorresse a aplicação das vacinas, possibilitando o retorno gradual às atividades presenciais.

[38] Programa instituído em 1994 com o objetivo de superar a fragmentação decorrente do modelo biomédico no sistema de saúde e efetivar os princípios do SUS. A ESF visa orientar a Atenção Primária à Saúde, que passa a se organizar em equipes mínimas de profissionais para cada território com população adscrita (Fertonani; Pires; Biff; Scherer, 2015). Dentre os pontos-chave para a sua efetivação é possível destacar as(os) Agentes Comunitárias(os) de Saúde e as reuniões periódicas de equipe. A adesão à ESF é facultativa aos municípios, que devem cumprir critérios mínimos.

[39] A busca-ativa é uma das atividades da Atenção Primária à Saúde que pode ser realizada por qualquer profissional da equipe em seu território de referência, sendo o Agente Comunitário de Saúde protagonista, devido ao seu vínculo com o território. Trata-se da busca por usuárias(os) ausentes dos acompanhamentos realizados, através da ida da(o) profissional ao endereço cadastrado ou ligação telefônica.

de professor naquela primeira experiência que, aos poucos, permitiu-me compreender a improvisação como condição de trabalho inerente aos cotidianos da formação (Vasconcelos, 2000). Entretanto, afirmar a criação e o imprevisto como parte do ofício docente não é naturalizar a sobrecarga, a organização solitária e hierárquica como modos instituídos que limitam as possibilidades de agir nos processos de trabalho (Luciano; Barros; Raizem, 2016).

A ideia de ser professor se mostrava como exercício constante em meio às diversas forças que constituem os processos de formação. Consideramos que não há a(o) professor(a) formado(a) e pronto para transmitir conhecimento, mas um fazer-se professor que não finaliza, possível nos modos singulares de estar nessa profissão. Trata-se, portanto, de um processo contínuo, que

> [...] os/as professores/professoras tomam conhecimento não apenas do entorno, mas também de si mesmos como pessoas portadoras de necessidades e desejos, limitações e possibilidades, inseridas em relações sociais de determinado tipo, vivendo sua experiência numa estrutura social mais ou menos restritiva. Nesse processo cheio de idas e vindas, de atalhos e bifurcações os professores/professoras vão se formando, vão tecendo, no dizer de Nóvoa (1995), *maneiras de ser e estar na profissão* (Vasconcelos, 2000, p. 17, grifos da autora).

Nesse caminho marcado por limitações e possibilidades, para além da angústia, havia o interesse de construir dispositivos de formação sem reafirmar esquemas de dominação instituídos (hooks, 2013), caminho que demandava a abertura à participação das(os) estudantes e uma atenção constante ao lugar de docente, atravessado pelo poder de avaliar, julgar e afirmar verdades. Como efeito, havia o exercício de sustentar o imprevisto diante da singularidade do encontro com cada turma, em um processo contínuo de análise das implicações em relação às práticas hierárquicas e prescritivas (Lourau, 1993).

Naquela primeira visita à UBS, com o intuito de conhecer o entorno do trabalho que ali se iniciava, percebi que a ausência da ESF demandava das(os) profissionais arranjos possíveis e provisórios para responder às necessidades do serviço. Como exemplo, a pactuação entre a psicóloga e a farmacêutica não era obrigatória, mas funcionava como estratégia diante das condições de trabalho. A chegada do Estágio em Humanidades Médicas e da Psiquiatria se somava ao trabalho daquelas profissionais como campo de experimentações e de proposição de dispositivos que fossem interessantes não somente às(aos) estudantes, mas também à comunidade e profissionais.

Desse modo, foi lançado o desafio de construir as atividades, presentes no questionamento da psicóloga e da farmacêutica: "*o que vocês vão fazer nesse estágio de humanização?*". Ao responder, a partir da única orientação da coordenação do estabelecimento de ensino, que

deveriam ser realizadas atividades que não fossem resumidas aos atendimentos individuais, como nos outros campos de estágio da Medicina, percebi olhares de surpresa e estranhamento. Afinal, como reduzir a grande fila de encaminhamentos para a Psicologia sem aumentar o número de atendimentos individuais?

A "fila" era, objetivamente, um conjunto de papéis, de encaminhamentos, que eram armazenados em uma pasta organizada pela farmacêutica. Aqui, nos referimos a essa pasta como Pasta da Psicologia, que operou como analisador do processo de trabalho daquele serviço. A maioria desses papeis eram produzidos pelas(os) médicas(os) no sistema eletrônico de prontuários, outros eram feitos à mão em receitas médicas e papéis de rascunho. Em alguns, estava escrito um pouco da história da(o) usuária(o) que motivou o encaminhamento para a Psicologia, em muitos, o encaminhamento se resumia em "*Ao psicólogo*" ou "*Apresenta sintomas de ansiedade e depressão, necessita de psicoterapia*". Eram mais de 100 encaminhamentos, alguns datavam de dois anos, produzidos durante a pandemia. Diante daquela pasta, vi um material rico de trabalho e oportunidade de pensar nas atividades com as(os) estudantes. Poderíamos acolher? Fazer busca-ativa? Grupos? "*Tome, pode ficar com a pasta, só lembrar de devolver no armário da farmácia*". Sentia uma mistura de alívio e tensão, pois sabia que não se tratava apenas de materiais e casos, mas das vidas que existiam naquele território.

Como proposta para o primeiro dia de estágio, foi combinado com as subturmas uma atividade com os encaminhamentos da Pasta da Psicologia. Não se tratava de um momento de leitura descritiva, mas de abertura às problematizações a partir do encontro com aquele material escrito, restituindo sua produção ao campo das práticas (Machado, 2023). Os encaminhamentos estavam organizados em faixa etária e era um número suficiente para dividir entre todas(os), sendo que cada estudante recebia em média 20 encaminhamentos de determinada idade. Era solicitado que, entre os recebidos, fossem selecionados três, em função do critério escolhido pela(o) estudante. A partir dos encaminhamentos escolhidos no primeiro dia de estágio, era feito o contato das(os) usuárias(os) encaminhadas(os), agendando acolhimentos para as semanas seguintes, a serem realizados como outras atividades[40]. Após a escolha, além de cada

[40] No contexto do estágio os acolhimentos funcionavam como uma escuta aberta que possibilitou ampliar as informações nos encaminhamentos e possibilitar contato com as(os) usuárias(os) encaminhadas(os) para a psicologia. A proposta também tinha como objetivo provocar as(os) estudantes ao exercício do acolhimento na perspectiva da PNH (Brasil, 2006), que não é uma atividade restrita a uma categoria profissional, mas uma atenção a ser exercitada por todas(os) as(os) profissionais em qualquer tipo de atendimento. A partir do acolhimento, era possível direcionar a(o) usuário(a) para o atendimento com a psicóloga, se necessário, ou para outro tipo de atendimento na UBS. O "Dispositivo acolhimento" será ampliado no Capítulo 8.

um(a) compartilhar o seu critério e o motivo de ter escolhido aqueles encaminhamentos, as(os) estudantes deveriam também dizer suas percepções sobre a escrita dos encaminhamentos lidos, quais questões estavam colocadas e como pensar as ações futuras.

Em relação aos critérios, as(os) estudantes tendiam a escolher encaminhamentos escritos com informações que demonstravam certa urgência para o acolhimento ou aqueles sem nenhuma informação, a não ser a ordem de encaminhar, com o intuito de que o contato realizado fosse compreender o motivo da solicitação de atendimento psicológico. Era comum, no momento de compartilhamento das percepções, as(os) estudantes criticarem as(os) profissionais pela suposta "preguiça" ou "má vontade" de redigirem um "bom encaminhamento".

Em geral, os comentários das(os) estudantes eram baseados em julgamentos e prescrições da melhor forma de encaminhar. Ainda que o modo de escrita dos encaminhamentos pudesse ser questionado, a crítica resumida ao jeito considerado certo e errado afastava as(os) estudantes de pensarem como elas(es) também estavam implicadas(os) nesse modo de escrita, instituído na prática da Medicina e que atravessa a formação médica. Nesse momento, as(os) estudantes individualizavam o problema, colocando-o como responsabilidade exclusiva da(o) profissional que redigiu o encaminhamento. Ao considerarem determinada prática como boa ou ruim, não havia disputa das condições de produção das formas de agir e pensar que são criticadas. Por outro lado, o dispositivo "Abertura de Encaminhamentos" produzia uma inversão ao colocar as(os) estudantes de Medicina em contato com questões que cotidianamente são delegadas às(aos) médicas(os) para as(os) psicólogas(os). Esse movimento era uma possibilidade de aproximar as(os) estudantes da problematização de uma escrita-sem-disputa, conformada, prescritiva, que delega ao outro-problema a responsabilidade de resolvê-lo (Machado, 2023).

Após o momento de compartilhamento e discussão sobre os encaminhamentos selecionados, eles eram retirados da pasta e separados para que o contato fosse feito com as(os) usuárias, evitando que fossem escolhidos novamente pelas subturmas seguintes. Em algumas subturmas, experimentei convidar as(os) estudantes a fazerem o contato com as(os) usuárias(os) através do telefone da UBS. O convite era motivo de surpresa e de recusa por algumas/alguns, que se diziam tímidas(os) para fazerem a ligação telefônica. Outras(os) aceitavam sem receio e faziam as ligações para todas(os) as(os) colegas da subturma. Parte das ligações não eram atendidas ou o telefone estava desatualizado devido ao tempo que o encaminhamento foi realizado, impossibilitando que os acolhimentos fossem agendados.

Em algumas subturmas, também convidava as(os) estudantes para fazermos uma busca-ativa até o endereço cadastrado no encaminhamento, a fim de agendarmos o acolhimento pessoalmente com a(o) usuária(o). A caminhada operou como dispositivo do estágio, era uma oportunidade de conhecermos o território da UBS e, posteriormente, se desdobrou como atividade realizada com o Serviço de Acolhimento Institucional para pessoas em situação de rua[41]. Tanto na ligação telefônica quanto na ida à casa das(os) usuárias(os), exercitamos um trabalho comumente delegado das(os) profissionais de ensino superior para às(aos) Agentes Comunitárias(os) de Saúde, deslocando as(os) estudantes das tarefas instituídas da Medicina e da Psicologia. Tal proposta de atividade tinha como objetivo provocar a separação entre campos disciplinares e profissões sustentada por regimes de saber-poder (Foucault, 2006a), fissurando a instituição Medicina através do encontro com outros saberes.

Com o intuito de complexificar a discussão sobre os encaminhamentos, convidava as(os) estudantes para um segundo momento, que consistia na leitura compartilhada do capítulo seis do livro-tese "Cachaça, suores, amores: deuses que dançam e processos de formação", denominado "Hospital-escola?!: o passeio de Tereza" (Bonaldi; Barros, 2019). Tereza é uma personagem-conceitual (Deleuze, 1992), "nascida entre ritmos e verbos" (Bonaldi; Barros, 2019, p. 8), que nos possibilita pensar acerca dos processos de formação em Medicina a partir de sua história como mãe, amiga, mulher questionadora, trabalhadora, residente em uma comunidade periférica e usuária do sistema de saúde. O livro-tese sobre Tereza foi sugerido em uma disciplina do doutorado[42], o que me inspirou aa utilizá-lo como dispositivo de abertura de questões a serem conversadas ao longo das seis semanas de estágio.

No capítulo compartilhado com as(os) estudantes, vemos Tereza se dar conta de um mal-estar que a acompanha há alguns dias, ao perceber a passagem do tempo em suas filhas e filhos crescendo e indo embora de sua casa. Ela, que resiste às consultas médicas devido às inúmeras prescrições que produzem controle em sua vida, resolve buscar atendimento na sua UBS de referência, movimento que gera em Tereza um estado de tensão. Ela questiona: "como é que a gente vai ao médico?!" (Bonaldi; Barros, 2019, p. 61). Por ser algo que não faz há muito tempo, Tereza não sabe qual roupa usar, como prender os cabelos e se deveria se depilar ou não.

---

[41] O dispositivo "Caminhada" possibilitou conhecer o Serviço de Acolhimento Institucional para a população em situação de rua presente no território da UBS. O interesse se desdobrou em uma atividade com a psicóloga e as(os) acolhidas(os) no serviço, que será compartilhada no Capítulo 7.

[42] Disciplina denominada "Tópicos Especiais em Psicologia Institucional", realizada no primeiro semestre do doutorado, ministrada pelas(os) professoras(es) Cristiana Mara Bonaldi, Maria Elizabeth Barros de Barros e Jésio Zamboni no Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional da Ufes.

Ao comparecer na consulta, Tereza não se queixa de nenhum problema "físico", mas diz que buscava alguém para conversar. Antes de qualquer possibilidade de diálogo, foi "bombardeada" de questões sobre seus hábitos alimentares, uso de álcool e contraceptivos. Tereza, ao responder conforme o médico gostaria de ouvir, diz que tem se sentido estranha com as mudanças em sua família. Ele, que reage com ar de obviedade, enquadra a fala de Tereza em um protocolo de saúde mental e diz que ela deveria conversar com alguém mais habilitado para isso. "Caramba! Até para conversar a gente agora tem que ter carimbo"? (Bonaldi; Barros, 2019, p. 62), pensou Tereza, que recebeu do médico uma receita de medicação psicotrópica e um encaminhamento para a psicóloga da UBS.

Indignada, desistiu de pegar a medicação e foi embora. Ela queria apenas "(...) trocar uma ideia com ele, não com a psicóloga. Nada contra a psicóloga. Até simpatizava bastante com ela. Queria conversar com ele. Marcou uma consulta para isso" (Bonaldi; Barros, 2019, p. 62-63). No caminho de casa, encontrou um Agente Comunitário de Saúde, que a convenceu a realizar um exame preventivo com a enfermeira da UBS. Na sala, após colher o exame, médico e enfermeira sussurraram como se Tereza não estivesse ali, antes de avisá-la que deveria realizar um exame específico no Hospital Universitário devido uma alteração. Tereza, que sempre se orgulhou de nunca precisar de acompanhamentos em saúde, viu-se abalada com a notícia. Antes de ir para casa, passou na farmácia da UBS e pegou o "tal remédio cujo nome termina em pan" (Bonaldi; Barros, 2019, p. 64), que o outro médico havia receitado. Sob efeito da nova medicação, adormeceu sem nem tirar os sapatos.

No dia seguinte, Tereza foi ao hospital-escola realizar o exame. O ambiente, apesar de familiar, devido aos partos das suas filhas e filhos que ali foram realizados, aguçou sua curiosidade por ser, ao mesmo tempo, serviço de saúde e espaço de formação: "como é que um hospital pode ser, ao mesmo tempo, uma escola?" (Bonaldi; Barros, 2019, p. 65). Tereza, curiosa e questionadora, sentiu reverberar aquela pergunta durante o exame ginecológico. Na sala, um professor, acompanhado de dois estudantes, explicava cada procedimento com termos técnicos, que, para Tereza, pareciam outra língua. Logo, ela relacionou aquela prática ao fato de estar em um hospital-escola, percebendo que era "o assunto da conversa, apesar de não ter sido convidada a participar do papo" (Bonaldi; Barros, 2019, p. 65). A situação foi se agravando quando as(os) estudantes se referiam ao médico como professor. Tereza pensou: "acho que eu sou a matéria da aula, do exercício, da prova…" (Bonaldi; Barros, 2019, p. 65). Irritada com a situação, voltou para casa e tomou novamente o "remédio com o nome terminado em pan"

(Bonaldi; Barros, 2019, p. 65), prática que passou a ser comum desde quando o primeiro médico entregou aquela receita.

Tereza, quando foi buscar o resultado do exame, se irritou novamente ao adentrar no hospital-escola e lembrar de quando foi matéria da aula de ginecologia. Lá, encontrou uma amiga, que trabalhava como auxiliar de serviços gerais, e aproveitou para desabafar sua indignação. A amiga, que ouviu a história pouco surpresa, questionou Tereza: "afinal de contas, onde mais os médicos poderiam aprender a ser médicos?" (Bonaldi; Barros, 2019, p. 67). Tereza, inconformada, a acompanha no prédio onde ocorrem as aulas. Lá, ela observa várias(os) jovens vestidas(os) de branco como aquelas(es) estudantes em seu exame. Não aguentando de tanta curiosidade, Tereza seguiu passeando por aquele espaço, nos convidando a uma cartografia dos processos de formação:

> Escorregamos pelos corredores, mas não queremos produzir um conhecimento qualquer. Não queremos expor, ofender, constranger... Importa-nos produzir conhecimento que sirva. Conhecimento que possa ser efetivamente ferramenta de transformação. Nunca de culpabilização, de desqualificação. O conceito como caixa de ferramentas. Ferramentas de intervenção (Bonaldi; Barros, 2019, p. 68).

Naquele primeiro dia de estágio, estava colocado o desafio de sustentar, junto às(aos) estudantes, uma cartografia dos processos de formação no contexto de uma disciplina voltada, a princípio, à humanização. Começamos o percurso de seis semanas com o convite de Tereza, que nos convoca a pensar na participação da(o) usuária(o) em seu processo de cuidado, assim como na fragmentação dos saberes que tem como efeito a redução do outro a um corpo com partes adoecidas. O passeio de Tereza nos chama a um movimento de transversalização (Guattari, 2004), ampliando os graus de comunicação entre dimensões que, a princípio, parecem divididas: médica(o) e paciente, Medicina e Psicologia, profissionais de nível superior e nível médio, professoras(es) e estudantes, atenção primária e especialidades, serviço de saúde e território.

A provocação dos limites institucionalizados entre lugares profissionais, disciplinas de conhecimento, saberes e fazeres é também um exercício de fissurar o casulo do humano em seus aspectos de fragmentação, hierarquia, relações de saber-poder. Nesse sentido, podemos questionar: o que acontece quando se convida uma(um) médica(o) a problematizar o modo como produz encaminhamento? Ou quando as(os) estudantes são convidadas(os) a experimentar gestos que comumente são de agentes comunitários(as), enfermeiros(as), psicólogos(as)? Que forças instituintes podem se abrir no fazer da Medicina, desmontando os dispositivos de colonialidade?

Após a leitura do capítulo, compartilhamos nossas impressões, permeadas de memórias que as(os) estudantes traziam de suas vivências nos outros campos de estágio. Era comum que a conversa circulasse, primeiramente, em torno da postura do médico que atendeu Tereza no hospital, com diversas situações semelhantes mencionadas pelas(os) estudantes, efeito de práticas naturalizadas nos diversos serviços em que os estágios ocorriam, ainda que não fossem necessariamente em hospitais. Também era comum que as(os) estudantes ponderassem suas críticas ao modo hospital-escola de ensinar, reverberando o questionamento da amiga de Tereza e naturalizando o paciente como objeto de ensino.

Com o desenrolar da conversa, outras questões surgiram. Os questionamentos de Tereza sobre como se arrumar para ir ao médico trazia o medo do julgamento diante da(o) profissional que tem a autorização de dizer se alguém está agindo corretamente. As(os) estudantes também falavam sobre como a ida à consulta médica era algo de muita expectativa para a pessoa, tendo em vista os motivos que levam alguém a se consultar, mas que esse pode ser um momento frustrante a depender da conduta de cada uma(um), como no caso de Tereza.

A fala do carimbo também chamava atenção, trazendo novamente a questão dos encaminhamentos que há pouco tempo foram lidos. Tereza, que naquele momento necessitava de acolhimento, foi encaminhada à psicóloga após ter sua demanda enquadrada pelo médico como objeto do saber psicológico, o que justificou o encaminhamento. Tal prática, recorrente nos serviços de saúde e materializada na Pasta da Psicologia, surge como efeito da fragmentação dos saberes, que coloca a(o) médica(o) como aquela(e) que irá cuidar dos problemas físicos e da(o) psicóloga(o) como aquela(e) que irá cuidar dos problemas mentais/subjetivos/emocionais (Spink, 2009).

A conversa sobre a história de Tereza desdobrava problematizações e era um convite à construção de uma proposta de trabalho com os diários reflexivos, com o intuito de ampliar as discussões para as semanas seguintes. O convite foi feito no sentido do exercício de uma escrita encarnada, não capturada pelo ensimesmamento (Machado, 2023), mas que possibilitasse uma cartografia dos discursos e práticas que atravessam os processos de formação e extrapolam os limites formais do currículo e o tempo-espaço da sala de aula e do hospital-escola. Os diários reflexivos são compartilhados a partir do próximo capítulo, auxiliando a ampliar questões presentes no primeiro dia do estágio.

6 DISPOSITIVO DIÁRIO REFLEXIVO: CARTOGRAFANDO OS PROCESSOS DE FORMAÇÃO

O retorno aos acontecimentos presentes nos diários reflexivos e nos diários de pesquisa será um convite a contarmos histórias que comumente são invisibilizadas nos processos de formação, seja por fugirem dos conteúdos previstos nos currículos instituídos, seja por não serem consideradas objetos de conhecimento de um campo de saber (Linhares, 2000). Essas escritas não serão compartilhadas como uma técnica a ser reproduzida que garante a humanização das(os) estudantes, mas têm o intuito de dar espessura às forças instituintes e acessar um campo de forças que disparam análises.

O nome dado aos diários não tinha como função acionar um sujeito reflexivo, que observa os acontecimentos de maneira externa com uma postura de acúmulo de informações (Bondía, 2002), mas aproximar as(os) estudantes dos acontecimentos cotidianos como exercício de análise e problematização da humanização colonizadora nos processos de formação. Desse modo, as(os) estudantes tomam a frente, provocando interferências nos rumos do estágio, da pesquisa e, invariavelmente, nos processos de formação em curso, operando como gesto micropolítico de ação no mundo (Machado, 2023). Nessa direção, a produção dos diários reflexivos não tem o objetivo de dar palavra às(aos) estudantes, numa postura quase jesuítica (Barros; Barros, 2013), mas de fazer surgir uma superfície de trabalho para estudantes e professor.

A princípio, os diários foram propostos como atividade avaliativa para as subturmas do último módulo do primeiro semestre em que o estágio foi realizado. Naquele primeiro momento, a escrita era menos direcionada e as(os) estudantes tendiam a escrever sobre os acontecimentos na disciplina de Humanidades Médicas. No semestre seguinte, modifiquei a orientação para uma escrita a partir dos acontecimentos vivenciados nos outros campos de estágio e fora do tempo-espaço da graduação, com o intuito de trazer à tona questões transversais aos processos de formação e não restritas à disciplina de humanização. Entretanto, alguns diários ainda foram escritos a partir de acontecimentos do estágio, a depender das reverberações que as atividades produziam nas(os) estudantes.

A partir da segunda semana de estágio, no momento reservado para o compartilhamento dos diários reflexivos, as discussões levantadas por Tereza foram retomadas com as contribuições das(os) estudantes. Vejamos o diário compartilhado pela estudante L.:

"Para o meu diário dessa semana, trago algo mais clichê: a relação médico-paciente que presenciei nos ambulatórios. Com a diferença de um dia entre os estágios, a comparação entre o perfil de atendimento dos dois professores foi gritante. No primeiro dia, foi possível ver uma médica que se dirigia ao paciente olhando nos seus olhos, colocando o indivíduo como protagonista da consulta (como de fato é), o incluindo na discussão sobre seu quadro e explicando seu tratamento de forma detalhada e compreensível. Já no dia seguinte, o cenário foi o extremo oposto. Vimos um profissional que, apesar de competente e detentor de conhecimento, agia de forma não humanizada. Falava com o paciente de maneira distante e fria. Sem explicações, virava de costas e passava vários minutos nos explicando algo sobre o mesmo indivíduo que aguardava do lado oposto da mesa, o qual não era convidado a participar do nosso debate. O telefone tocou. Ele não pediu licença, interrompeu a consulta e atendeu. Logo em seguida, voltou a falar como se nada tivesse acontecido. O que eu tirei de lição frente tais acontecimentos? Primeiro: saber muito sobre o assunto não faz com que você seja um bom profissional. Segundo: o paciente precisa fazer parte do seu processo terapêutico. Afinal, ele é o protagonista do atendimento. Excluí-lo das discussões sobre seu quadro clínico, a meu ver, é extremamente desrespeitoso. Caso for ser abordada uma questão mais técnica, como ocorre no hospital-escola, vale avisá-lo e pedir licença para tal. Por fim, encerro o meu diário de hoje sabendo que podemos aprender com tudo o que vivenciamos. Apesar de muitas vezes ser desconfortável, é um privilégio poder acompanhar dois médicos com perfis completamente diferentes. A partir disso, posso filtrar o que gostaria de levar para o meu futuro profissional e o que, decididamente, não farei com os pacientes" (Diário reflexivo da estudante L., 21 de março de 2023).

No diário compartilhado, o termo "hospital-escola" nos remete à história de Tereza (Bonaldi; Barros, 2019), que se faz presente como intercessão (Deleuze, 1992), permitindo a passagem de questões e analisadores que atravessam o campo da formação médica e as práticas nos serviços de saúde. Assim como aprendemos com os acontecimentos na vida de Tereza que extrapolam o âmbito do hospital-escola, a estudante L. afirma a possibilidade de aprendermos com tudo o que experienciamos, para além dos currículos formais de ensino (Alves, 2015). A aposta no convite à escrita dos diários reflexivos tinha o objetivo de desestabilizar um olhar que se coloca de fora e lista as condutas questionáveis das(os) profissionais que atenderam Tereza. Além disso, buscamos provocar as(aos) estudantes a se colocarem nas situações em jogo, em uma análise de implicações (Lourau, 1993) e construir pistas para o problema: como colocar em questão a humanização nos processos de formação médica?

Na escrita da estudante, a humanização é evocada em um primeiro momento: a "*frieza*", o ato de "*virar de costas*", de "*olhar no olho*" e o "*protagonismo da(o) paciente*" fazem parte de diferentes *perfis* das(os) professoras(es) e são tomados como parâmetros para diferenciar o bom do mau médico. Essa diferenciação visibiliza nos serve como meio e não finalidade do dispositivo diário reflexivo para cultivar problematizações. Na perspectiva do bom e do ruim, humanizar é um adjetivo, algo a ser adicionado ou um excedente que é passível de mensuração (Machado, 2023), como no caso de um(a) "médico(a) humanizado(a)" ou "não humanizado(a)". Ao adjetivar, lidamos com formas finalizadas, que são ou não humanizadas e, portanto, bons ou maus exemplos a serem seguidos.

Pensar nessa direção pode nos paralisar reafirmando a humanização como conceito-sintoma (Benevides; Passos, 2005), levando-nos a reproduzir o clichê da relação médica(o)-paciente que precisa ser bem treinada para garantir o bom atendimento. Esse caminho tem como centralidade as formas estanques do bom e do mau-médico, assim como do bom e do mau-estudante/professora(o), colocadas(os) como causas de suas atitudes boas ou ruins, passíveis de culpa e individualização (Machado, 2023).

Do mesmo modo, como nos diários de pesquisa compartilhados nos capítulos anteriores, a sensação de paralisação se fez presente para o pesquisador quando, no lugar de professor-psicólogo, não sabia como agir diante da(o) forma aparentemente finalizada da(o) estudante-de-Medicina-privilegiada(o), supostamente incapaz de se sensibilizar pelo encontro com outras realidades. A paralisação também remete à impossibilidade momentânea de acessar a complexidade dos processos históricos e sociais que produzem a forma estudante-de-Medicina-privilegiada(o), naturalizadas em um pacto da branquitude (Bento, 2022) como efeito do dispositivo de racialidade (Carneiro, 2023).

Diante das formas instituídas, podemos cometer o equívoco de considerá-las imutáveis e produzir totalizações, ao tomarmos todos os sujeitos dentro de uma mesma categoria como iguais (a/o bom/mau estudante de Medicina, a/o bom/mau médica/o), sem considerar os processos coletivos de produção e diferenciação. Essa perspectiva tende a colocar o outro como problema externo, um "instituído-fora-de-mim", ignorando as multiplicidades e implicações das nossas práticas que se dão enredadas em um plano comum. Tendo em vista essas armadilhas, urge ultrapassar as primeiras impressões no encontro com as formas instituídas, de modo a considerá-las como pistas iniciais para a compreensão das relações que as produzem (Machado, 2023).

Diante do gesto de virar de costas para a(o) paciente, não considerá-la(o) participante em seu processo de cuidado ou interrompê-la(o), como vivenciado por Tereza, como podemos intervir nas práticas, para além da descrição do exemplo bom ou ruim a ser seguido?

Seguindo com essa questão, a estudante L. afirma, ao final do seu diário, que a situação que ela presenciou permitiu "*filtrar"* o que ela gostaria de levar para seu "*futuro profissional*". Mais do que um acúmulo de experiências, os encontros entre estudantes, usuárias(os) e professores produzem interferências nos modos hegemônicos de se graduar um(a) profissional, marcado pela hierarquia e pela produção do distanciamento. Tais intervenções, ainda que imperceptíveis para algumas/alguns estudantes, são manifestadas em incômodos e questionamentos que traziam de experiências anteriores ao Estágio em Humanidades Médicas, porém pouco compartilhadas, devido à falta de espaços de análise coletiva dos processos formativos. Essas problematizações remetem à necessidade de nos atentarmos ao presente da formação, não como preparação para o futuro, mas como processo que não se encerra com o final de uma graduação.

De maneira hegemônica, a formação está voltada para a atuação no futuro mercado de trabalho, que é entendido como uma realidade pronta à espera de novas(os) profissionais (Heckert; Passos, 2009). Ao buscar um espaço nesse mercado, atravessado pela cobrança por alta performance e exigência de produtividade, a humanização é tomada como via de se alcançar a forma da(o) boa/bom médica(o), agregando valor ao trabalho ofertado. Para isso, a formação é resumida à transmissão de conhecimento, daquela(e) que supostamente é detentor do saber, como via de garantir que as(os) estudantes adquiram e acumulem o conhecimento necessário para se formarem boas/bons profissionais, aos moldes da educação bancária, definida por Paulo Freire (2017). Nessa direção, a(o) professor(professor) de Humanidades Médicas deveria ser alguém supostamente humanizado, a fim de garantir a transmissão do saber.

Por uma perspectiva crítica, é possível problematizar as concepções de formação, assim como as relações de saber-poder em que estamos implicadas(os), de modo a produzir desvios nas práticas prescritivas, modeladoras e voltadas à mudança do comportamento e à aquisição de habilidades. A formação deixa de ser um espaço tranquilo de transmissão de conhecimentos, se apresentando como potência disruptiva possível na disputa de sentidos, na abertura ao imprevisível e nos tensionamentos entre formas instituídas e forças instituintes. Ressaltamos o caráter intervencionista do conhecimento, que recusa as falsas dicotomias entre saber/fazer e teoria/prática, afirmando a inseparabilidade entre formar e intervir (Heckert; Passos, 2009). Tal processo não remete somente a estudantes, mas a professoras(es) em constante formação

(Vasconcelos, 2000), que, no caso da presente pesquisa, não estão finalizadas(os) em uma forma humanizada, mas seguem se fazendo em meio aos encontros, percalços e desafios.

Nesse sentido, a formação guarda o exercício laborioso e cotidiano de desaprendizagem (César, 2013) na direção de desmontar hábitos hegemônicos de estímulo-resposta que consideram o mundo dado e as ideias prontamente formuladas. Desaprender automatismos envolve fruir com os deslocamentos que possibilitam o acesso ao plano de transformação da vida, possível em uma concepção de aprendizagem que não se reduz a um debate psicopedagógico ou técnico-metodológico (Pozzana, 2013). Essa direção implica problematizar quais práticas cultivamos na formação, de modo a não reproduzir o distanciamento historicamente produzido entre médicas(os) e pacientes, assim como entre professora(es) e estudantes. Implica também desaprender modos colonialistas da branquitude que não dizem apenas sobre como tratamos o outro, mas sobre o lugar que ocupamos em cada relação.

Com essas discussões, retomamos ao diário reflexivo compartilhado pela estudante C., sobre uma experiência vivenciada no estágio de nefrologia:

"Nesta semana, após o ambulatório de Humanidades, ocorreram diversas situações que me deixaram reflexiva e pensativa acerca da humanização do trabalho médico. Uma situação, em particular, me chamou bastante atenção e, então, resolvi descrevê-la aqui. Essa situação ocorreu durante a prática de um ambulatório. A preceptora me deixou, [a mim] e minha dupla, atendendo uma paciente, enquanto ia para a sala ao lado atender outra paciente. A nossa paciente, em específico, já estava extremamente cansada de ir em tantos médicos e nunca encontrar uma resposta adequada a sua condição de saúde. Ela nos disse: 'não aguento mais ir a tantos médicos e eles me passarem muitos e muitos exames e eu nunca saber o que está acontecendo'. Eu e minha dupla procedemos conforme a rotina. Fizemos as perguntas para a paciente, anotamos seus exames no computador, fizemos o exame físico e chamamos a preceptora para dar o prosseguimento. Esse processo demorou cerca de uma hora. A preceptora, que estava 'correndo para lá e para cá' para dar conta de tantos pacientes, chegou à sala e nos perguntou o que estava ocorrendo com a paciente. Explicamos o caso. A partir daí, a preceptora virou para nós e começou a nos explicar com diversos jargões médicos o que poderia estar ocorrendo com a paciente. Nessa hora, lembrei exatamente do livro que lemos no ambulatório de Humanidades da aula passada. A paciente, que já estava frustrada com sua condição, ficou nos olhando sem entender nada. Esse processo demorou ainda mais tempo. A paciente já nos olhava com inquietude. Parecia só querer sair daquele lugar e ir embora. A

preceptora passou mais exames para ela e a liberou para casa. Foram várias as situações que pude observar de forma crítica nesse ambulatório e, assim, aprender para não as repetir no futuro. São elas: pude observar que não adianta deixar diversos pacientes agendados se não houver tempo suficiente para a realização de uma dedicação completa a cada um deles e o preceptor ter que 'correr de lá para cá' para dar conta da quantidade de pacientes; percebi, também, que existe um momento certo para cada etapa de um estágio. Seria muito mais efetivo que a 'discussão' do caso, em que usamos os termos técnicos, fosse realizada após a liberação do paciente. O paciente não precisaria, dessa forma, estar diante de uma 'conversa paralela da qual ele não faz parte'. No mais, esse é um tempo em que o paciente tem que esperar a mais e que ele não está efetivamente aproveitando; percebi, ainda, que o paciente precisa de uma explicação do seu caso. Se são necessários exames, é necessário explicar ao paciente o porquê desses exames. Se o paciente ainda não tem um diagnóstico fechado, é necessário explicar ao paciente o porquê de não haver esse diagnóstico. Nesse ambulatório relatado, senti que a paciente não teve nenhuma dessas explicações. As poucas explicações que foram feitas foram direcionadas a nós, estagiárias, e não à paciente. Por tudo o que ocorreu, posso imaginar que a paciente saiu com certa frustração dessa consulta médica. Ademais, lhe ocorreu exatamente o que ela havia reclamado anteriormente: não saber o que está acontecendo com sua saúde e sair com mais uma infinidade de exames do consultório médico" (Diário reflexivo da estudante C., 04 de abril de 2023).

A estudante C. compartilha um encontro que nos lembra as andanças de Tereza pelo hospital-escola (Bonaldi; Barros, 2019), de modo que a personagem-intercessão possibilita pensar-intervir nas práticas instituídas nos cotidianos da formação. Os jargões médicos utilizados pela professora, assim como a usuária ignorada que não participa da consulta, são práticas que remetem aos modos hegemônicos de uma racionalidade médica colonialista que é ensinada diariamente. Ainda que experienciar essas situações leve a estudante a dizer que não quer repeti-las no futuro, sua observação crítica produz mudanças nas formas de habitar os campos de estágio, com atenção aos gestos que podem aproximar ou distanciar as(os) usuárias(os). Ela constrói, no presente, um corpo aberto às afetações e ao exercício de outras práticas, por vezes, limitadas pelo contexto do estágio. Na escrita, há o exercício de deslocamento de uma posição, na qual a paciente, antes invisibilizada na consulta, passa a existir como sujeito que tem necessidades e um tempo a ser levado em consideração.

A estudante também ressalta o "*correndo para lá e para cá*" da médica-professora, que pode nos servir como gesto analisador das condições de trabalho que também produzem o modo

hospital-escola de funcionar. Há um contexto atravessado pela alta demanda de atendimentos em meio à falta de profissionais, professoras(es)são alocadas(os) para reduzir as filas de espera do serviço.

Tendo em vista as críticas a esse modelo, não se trata de abandonar o hospital-escola como dispositivo, mas pensar as práticas que queremos afirmar em tal local, onde a formação se mistura com o cotidiano de trabalho em uma política pública de saúde. Afirmamos ser possível pensar à construção de uma experiência de hospital-escola que não funcione como um laboratório de sujeitos doentes a serem tomados como objeto de estudo, mas que produza conhecimentos que sirvam às(aos) usuárias(os) e estudantes como ferramenta de transformação, sem expor, ofender e constranger (Bonaldi; Barros, 2019).

Essa direção coloca um modo de fazer clínica em questão, feito de uma racionalidade médica instituída (Foucault, 1977; Branco, 2021), presente nos modelos educacionais baseados no positivismo cartesiano, produtor das separações entre sujeito/objeto, mente/corpo e saúde/doença e que tem a produção do humano-homem-branco-cisgênero como ideal. No acontecimento compartilhado, prevalece o distanciamento entre professora e estudantes, assim como delas(es) em relação à usuária do serviço de saúde, efeito de uma concepção de cuidado que tem o foco na doença, tomada como parte defeituosa a ser consertada de maneira independente do contexto e sem a participação da(o) usuária(o). Diante da(o) médica(o) que tudo sabe sobre um corpo adoecido, a outra pessoa surge como objeto desse saber. Nesse modo de operar, as relações se restringem às práticas prescritivas da Medicina hegemônica, que fazem do cuidado "*uma infinidade de exames do consultório médico*" e do serviço de saúde um esforço de "*andanças*" pelos equipamentos.

Produzir desvios na racionalidade médica colonialista predominante convoca deslocar o saber médico do lugar de assepsia e superioridade, que é ensinado desde a entrada na graduação. Há, nesse movimento, uma convocação a se colocar em questão as práticas colonizadoras de hierarquia e submetimento que comparecem nos processos de formação (hooks, 2013). O cultivo de uma abertura à participação, tanto de usuárias(os) em seus processos de cuidado, assim como de estudantes em seus processos de formação, pode ensejar que outras construções sejam possíveis. Essa abertura surge como gesto que intervém nos lugares instituídos de médicas(os), professoras(es), estudantes e usuárias(os), rompendo distanciamentos e barreiras disciplinares, em um movimento de transversalização.

A transversalidade, como conceito-ferramenta (Guattari, 2004), remete a uma prática de resistência à reprodução de hierarquias e naturalizações, de modo a questionar os lugares engessados que os diferentes sujeitos ocupam em determinado campo, assim como as delimitações entre os diferentes saberes. Operar através da transversalização compreende um movimento formativo constante, de aprendizado com os sentidos produzidos no encontro, nos quais usuárias(os) e estudantes também participam e contribuem. Exige desaprender o gosto pela centralização em algum saber/pessoa/posição e desafrouxar as relações que aprofundam lados dicotômicos médica(o)-paciente, professor(a)-estudante, médica(o)-psicóloga(o). Essa é uma operação que tem o encontro como sua superfície de elaboração.

Transversalizar também demanda atenção às redes que compõem o "dentrofora" dos processos de formação, possibilitando espaço para a construção de saberes e práticas para além do prescrito nos currículos (Alves, 2015). Com essa discussão, retomamos um acontecimento que atravessou a disciplina teórica do 6º período e o Estágio em Humanidades Médicas.

Na ocasião da aula teórica, que reunia toda a turma semanalmente em sala de aula e tinha como ementa a saúde mental e desenvolvimento de crianças e adolescentes, busquei abordar temas transversais relativos às infâncias e juventudes e não apenas uma perspectiva restrita às fases do desenvolvimento e teorias específicas da Psicologia. Nas três aulas dedicadas à sexualidade na infância, foram apresentados alguns conceitos básicos sobre a diversidade sexual, documentos e normativas que orientam o trabalho com a população LGBTIAPN+ no campo da saúde. Tendo em vista o contexto político-social de acirramento do conservadorismo, me preparei para os possíveis conflitos ao abordar tais questões, já que no primeiro semestre de trabalho pude ouvir de outro professor sobre a dificuldade de falar sobre o tema da gravidez de homens trans, que gerou revolta por parte de alguns/algumas estudantes que pediram à coordenação a suspensão da disciplina no currículo.

Na primeira aula sobre sexualidade, observei que uma estudante, que já havia cursado a disciplina de estágio comigo, se retirou quando eu apresentava o documento da Política Nacional de Saúde da População LGBT (Brasil, 2013). Aquele gesto me atravessou em um movimento de pessoalização devido à minha orientação sexual, somado ao fato de conhecer os posicionamentos políticos da estudante nos debates que ocorreram no dia do estágio em que ela participou.

Ao final do dia, outra estudante me procurou e disse que "achava um absurdo" uma pessoa se recusar a estar presente por não concordar com a "opinião da aula". Ao ouvir esse comentário

tentei me distanciar para não inflamar uma rivalidade. Para a minha surpresa, no dia seguinte, essa estudante me pediu ajuda, pois havia sofrido uma ameaça homofóbica em uma rede social, após postar sua opinião sobre a colega de classe que se retirou da sala. A ameaça veio do namorado da estudante que se recusou a assistir a aula. Ao mesmo tempo que me sentia mal, me perguntava como esse processo também aponta para processos formativos e embates que vivemos cotidianamente na formação. Afinal, o que o estabelecimento de ensino tem a ver com esse acontecimento? O que isso tem a ver com a disciplina de Humanidades? Como o gesto de se retirar da sala possibilita pensar as lógicas racistas e discriminatórias nos cotidianos da formação?

Naquela mesma semana, no contexto do estágio, uma amiga próxima da estudante que foi ameaçada compartilhou sobre a aula em seu diário:

"A situação que mais me chamou atenção nessa semana foi na aula de humanidades teórica na faculdade, a qual tiveram pessoas da sala que saíram pois não concordavam com [o] tema que era sobre identidade, gênero, sexo biológico, família e como isso também interferia na infância. E apesar de não me impressionar com essas atitudes vindo de algumas pessoas, me assustou mesmo assim ao ver que tem pessoas que não sabem, não querem saber e ainda acham ruim que discutam sobre certos temas. Me fez refletir muito sobre como serão essas pessoas em sua área profissional, independente da área que levem, como elas vão tratar seus pacientes?! Porque a pessoa se identifica de uma forma diferente da dela, tem uma orientação sexual que difere da dela, que aí terá um tratamento/assistência/cuidado diferente?! Até mesmo se chegar uma criança que não se identifique com seu sexo biológico, que esteja nesse conflito com a sociedade/família/cultura, a pessoa como médica ao invés de acolher vai fazer com que a criança fique ainda mais nesse debate?! Debate esse que nem deveria ser questionado, vai tratar diferente, não dar a atenção devida?! Pois desde criança ela 'já está com esses pensamentos' como geralmente essas pessoas dizem. Isso para mim não existe. Como cada um se identifica, se orienta sexualmente, não interfere ou pelo menos não deveria interferir na vida de ninguém, a não ser a dela própria, e muito menos na forma como um médico (um profissional que está ali para tratar da saúde, escutar o paciente, fazer com que ele se sinta bem, acolhido) vai tratar, agir com o paciente. Isso me mostrou o quanto a humanização na Medicina precisa ser discutida e o quão ela é importante" (Diário reflexivo da estudante A., 05 de abril de 2023).

O acontecimento compartilhado na escrita opera como analisador, reverberando questões do tempo presente que nos possibilitam pensar a formação não apenas nos espaços delimitados

pelo estabelecimento de ensino, mas em redes de discursos, práticas e tensionamentos que interferem nos rumos previamente pensados nos currículos educacionais (Alves, 2015). O acontecimento em torno da diversidade sexual expõe a formação e a humanização como campo de disputa (Heckert; Passos, 2009), longe da posição confortável da transmissão de conhecimentos "neutros". O acontecimento também foi oportunidade de aproximação com as(os) estudantes que fazem parte da comunidade LGBT da turma, possibilitando-me ouvir os diversos sentidos da disciplina teórica e os tensionamentos que ocorrem para além daquela uma hora e meia por semana.

Ao dizer que "*a humanização na Medicina precisa ser discutida e o quão ela é importante*", a estudante coloca em questão uma certa dimensão de humanização que se aproxima de questões que, a princípio, poderiam ser ignoradas ou apagadas por não fazerem parte das ementas das disciplinas. Ao tensionar uma direção formativa racista e discriminatória, é colocado o problema de como nos relacionamos com uma diversidade de existências, quando o outro comparece para além do lugar de paciente. Apesar do curto tempo-espaço das disciplinas de Humanidades Médicas, havia a possibilidade de intervir na noção de humano idealizada nos parâmetros da heterocisnorma embranquecida.

Na perspectiva de que "humanizar é distribuir poder"[43] (Ferreira Neto; Oliveira; Ferreira; Penido, 2024, p. 7) pensar a transversalidade nos lança nos inúmeros atravessamentos políticos do tempo presente, levantando os debates de raça, gênero, sexualidade, capacitismo, classe social, etarismo, opressões diversas que formam os sujeitos. Desse modo, a humanização não é uma noção fechada, baseada no treinamento de habilidades de comunicação para melhorar o cuidado ofertado, mas trata-se de uma prática de intervenção na produção do humano idealizado nos processos de colonização. Em uma formação como desaprendizagem de automatismos e sujeições (César, 2013), essas são questões ético-políticas impossíveis de serem ignoradas, provocando incômodos, boicotes, reclamações e mudanças de perspectiva.

Ainda que a forma estudante-de-Medicina-privilegiada(o) tenha "saltado aos olhos" na experiência como professor-psicólogo, havia uma diversidade presente que insistia em sustentar incômodos. Os conflitos constantemente apaziguados de maneira individualizante pela coordenação do curso, como nas medidas punitivas para as(os) estudantes acusadas(os) de causar perturbações ou o atendimento psicológico individual para as possíveis vítimas,

[43] A afirmação segue na perspectiva da PNH na qual a participação da(o) usuária(o) não ocorre somente nos espaços delimitados dos colegiados e nas conferências, mas também nos cotidianos do acompanhamento em saúde, que implica um modo de funcionamento da política pública que necessariamente demanda ações de cogestão e corresponsabilização (Ferreira Neto; Oliveira; Ferreira; Penido, 2024).

escancaram outras questões que produzem efeitos formativos em estudantes e professoras(es) que compartilham os cotidianos da formação. Afirmamos os conflitos inerentes aos processos formativos como possibilidade de problematizar os modos de cuidar que atravessam a formação médica.

O questionamento "*como elas vão tratar seus pacientes?!*" evoca a necessidade de se pensar um cuidado que não basta ser treinado/aplicado, mas demanda construção, abertura, presença e questionamento das próprias práticas. O cuidar é comumente resumido à ação unidirecional e à técnica de um profissional a uma pessoa supostamente necessitada, conformando lugares a partir das atribuições daquela(e) que oferta o cuidado e daquela(e) que o recebe, sendo esse último pouco participante em seu próprio processo. Não estão colocadas, a princípio, as diferenças que constituem as relações de cuidado, tendo em vista as abordagens demasiadamente biológicas dos discursos e técnicas da área da saúde.

Frequentemente, o cuidado humanizado é pensado a partir da noção de empatia, presente na fala de estudantes e profissionais do campo da saúde. Esse conceito, nomeado a partir da palavra grega *empatheia* (sentimento em relação ao outro), é definido como "o ato psicológico de se colocar no lugar do outro, considerando os aspectos cognitivo, emocional e motivacional" (Mufato; Gaiva, 2019, p. 716). Na perspectiva convencional dos discursos produzidos no campo da saúde, a empatia é considerada como componente curricular por se tratar de uma habilidade a ser desenvolvida e associada a uma postura humanizada, uma certa capacidade de dar lugar ao outro na medida em que se identifica com essa pessoa.

A empatia tem como motor a busca por se colocar no lugar do outro, a partir do pressuposto de que todos são iguais pelo fato de serem humanos, ainda que não sejam ou não pareçam iguais. É pressuposto que a capacidade empática poderá eliminar as distâncias, superar as desigualdades e restabelecer a igualdade. Os discursos que alimentam a empatia como caminho resolutivo para a experiência humana reduzem o sucesso da relação médica(o)-paciente a uma capacidade puramente cognitiva de compreensão da realidade do outro. Essa noção dissimula e perpetua as opressões que marcam graves desigualdades invisibilizadas na categoria universal do humano produzida na modernidade colonial (Carneiro, 2023; Lugones, 2014). Tal processo de universalização é um dos modos de operação da branquitude que produz a manutenção de privilégios e desigualdades (Bento, 2022). Nesse sentido, a noção de humano é insuficiente ao pressupor uma universalidade, tendo em vista a pluralidade de contextos, cosmologias, práticas e desigualdades que constituem a experiência humana.

A crítica à empatia é pouco levantada em estudos e pesquisas do campo da saúde, ao ser considerada como habilidade desejável nos processos de cuidado (Mufato; Gaiva, 2019). Encontramos uma saída para essa noção na perspectiva histórica proposta por Walter Benjamin, dispersa nas diferentes teses da obra "Sobre o conceito da história". Segundo Romero Alves Freitas (2006), a empatia é parte de uma historicidade construída no positivismo, que resume a história como uma contemplação de um passado inalterado e uma identificação dos historiadores da perspectiva do vencedor, contada na historiografia colonial tradicional. A postura considerada empática impede os estranhamentos necessários para questionar o tempo presente e produzir mudanças em relações desiguais, assim como nas próprias narrativas históricas.

Nesse sentido, a empatia traz efeitos de apaziguamento das diferenças que constituem as relações, escamoteando os conflitos em meio às boas intenções e ocultando a possibilidade de problematização. Como operação invisibilizada nos processos de produção de subjetividades que constituem a história do Brasil, a empatia não permite intervir na produção do humano como Eu-hegemônico branco e masculinista que tem como efeito a produção do Outro como diferença inferiorizada (Carneiro, 2023). Por outro lado, o estranhamento é a possibilidade de visibilizar as práticas e lugares instituídos, questionar as assimetrias em meio às relações de poder, subvertendo a "feliz harmonia entre consciências" (Freitas, 2006, p. 98) ocultada pela empatia.

Ao propormos um cuidado-participativo como prática (Fim; César, *no prelo*) há a convocação para um exercício trabalhoso, possível na alteridade, em que a sustentação dos dissensos, incômodos e imprevisto é um gesto fundamental (Bellacasa, 2012). Tal direção nos convida a pensar o cuidado não como técnica direcionada a um sujeito, mas como atenção às relações que tem como efeito sujeitos que se produzem para além dos lugares de médicas(os) ou pacientes. Nessa perspectiva, abre-se a questão de como nos encontramos com a diferença e os efeitos que esses encontros produzem nos lugares confortáveis que ocupamos. A participação em jogo é da pessoa e das interseccionalidades que a atravessam e a constituem, das situações e dos dissensos, estranhamentos e provocações, do contexto de vida e dos territórios, da política de saúde e seus atravessamentos políticos, sociais, governamentais. A participação dos diferentes aspectos que constituem sujeitos, territórios e políticas tornam o cuidado complexo, coletivo e operador de transformações.

O exercício do cuidado-participativo anuncia a possibilidade de intervenção nos

distanciamentos produzidos pelas práticas atravessadas pela racionalidade médica instituída, que se ancora em uma racionalidade colonialista embranquecida, movendo os lugares previamente pensados para aquelas(es) que compartilham a formação e as relações de cuidado. Aproximar é também estranhar, se incomodar e possibilidade de diferenciação em processos que são sempre coletivos.

Assim como Tereza, questionadora e interessada naquilo que encontra em seu caminho, podemos nos inspirar em sua prática de dar lugar aos incômodos, sem escamoteá-los, em um movimento de aproximação a tudo o que pode compor os processos de formação. Os conflitos presentes no encontro das(os) estudantes com professoras(es) e usuárias(os) no contexto dos estágios, assim como em torno da questão da diversidade sexual na sala de aula, são parte do processo de provocação de uma dimensão de humanização de efeitos moralizantes, assépticos e prescritivos. O hospital-escola é muito maior do que os limites de um serviço de saúde, justamente por se fazer em meio às forças de um mundo em constante produção, por vezes contraditórias e conflitantes.

Seguimos com as provocações de Tereza e das(os) estudantes, acompanhando o território em que se produz o hospital-escola da presente pesquisa. Nesse caminhar, encontros inesperados mudam as rotas dos planejamentos de aula e convocam pensar a produção do humano em um país atravessado por dispositivos colonialistas.

7 DISPOSITIVO CAMINHADA: O ENCONTRO COM O TERRITÓRIO/ENTRE SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

Além dos momentos para a leitura dos encaminhamentos e diários foram realizadas outras atividades que se modificaram ao longo dos semestres a partir das contribuições das(os) estudantes. Uma atividade que se tornou conhecida pelas subturmas através das conversas de corredor foi a caminhada pelo bairro, que provocou questionamentos no primeiro dia de estágio diante da fama de que "*andávamos pelo sol quente*". De fato, essa era uma condição meteorológica necessária, tendo em vista o percurso de dois quilômetros feito a pé – a atividades chegou a ser, inclusive, postergada algumas vezes devido à chuva.

Andar pelo bairro era um convite-provocação aos distanciamentos produzidos pela lógica da branquitude, tendo em vista que muitas(os) estudantes se deslocavam pela cidade através de carro próprio ou transporte de aplicativo. Uma minoria utilizava ônibus ou bicicleta. Além disso, o bairro em que estava localizada a UBS, apesar de próximo do estabelecimento de ensino, era uma área pouco frequentada pelas(os) estudantes, que, em sua maioria, eram residentes de regiões nobres da cidade.

O bairro, localizado em um aterro que margeia um manguezal, é marcado por uma história de ocupação por parte das(os) pescadoras(es) e catadoras(es) de caranguejo, que construíram palafitas sobre o mangue antes do aterramento ser feito, há aproximadamente quarenta anos atrás. Na ocasião do aterro, produziu-se uma diferença dentro do bairro, sendo que as casas "dos fundos", próximas ao mangue e originárias da ocupação, mantêm o traçado de ruas irregulares e apertadas, becos e travessas, comuns na época das palafitas. Já na margem externa do bairro, próxima à avenida principal, foi feito um loteamento, com ruas amplas, calçadas largas e terrenos grandes, com a finalidade de serem financiados por funcionárias(as) de uma empresa estatal. A UBS estava entre essas duas regiões do bairro, sendo frequentada principalmente por "moradoras(es) dos fundos".

A caminhada surgiu da proposta de pensarmos atividades que não se resumissem aos atendimentos individuais, conforme orientação da coordenação do curso. Como não havia a Estratégia de Saúde da Família e, consequentemente, a presença das(os) Agentes Comunitárias(os) de Saúde na UBS, era pouco comum que trabalhadoras(es) saíssem de dentro dos consultórios para realizarem busca-ativa ou outras atividades no território, ocorrendo apenas em casos de extrema necessidade. Além disso, muitas(os) profissionais sequer conheciam o território onde trabalhavam, pois entravam e saíam do bairro sem adentrar nas

ruas. Trabalhar sem conhecer onde se trabalha é uma prática comum nos serviços de saúde, principalmente no Centro Municipal de Especialidades e hospitais, locais onde ocorriam a maior parte dos estágios das(os) estudantes.

Nesse contexto, caminhar pelo bairro era um convite para nos deslocarmos dos moldes tradicionais da clínica conformada entre quadro paredes, exercitando aproximações da proposta de clínica ampliada presente na Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008), desacomodando corpos atravessados pela lógica asséptica e dessensibilizada da branquitude para a complexidade do cotidiano. A clínica ampliada como política do SUS é exigente quanto ao deslocamento de lugares instituídos, sejam eles físicos (consultórios) ou relativos a um campo de saber, que produzem hierarquias, distanciamentos e encaminhamentos fundamentados em uma racionalidade médica cartesiana (Branco, 2021; Lemos; Ferla; Oliveira, 2011).

O desconforto da caminhada era sentido não somente pelo sol quente, mas pela geografia confusa das ruas, becos estreitos com esgoto à céu aberto, que produziam a percepção de sermos "estrangeiros visitantes de um território que não habitamos" (Barros; Kastrup, 2009, p. 61). Entre professor, estudantes e o território de vida das(os) usuárias(os) do serviço havia enormes distâncias segmentadas pela raça e classe social, efeitos de uma história construída desde a modernidade colonial (Lugones, 2014). Caminhávamos não por uma geografia física, mas por um território em que há diversos processos históricos em curso. Exercitar a clínica ampliada demanda a construção de saberes para além dos protocolos de saúde, possível na abertura à experiência em realidades constituídas por outros cheiros, sons, ritmos e temperaturas (Barros; Kastrup, 2009).

Caminhar também era um exercício de aproximação sem garantias, pois não era possível prever como o encontro com o território iria reverberar nas(os) estudantes e no lugar do professor que propôs aquela atividade. Costumávamos sair da UBS em direção aos "fundos" do bairro, passando pelos becos até chegar no calçadão que margeia o mangue, retornando pela avenida que dividia o limite com o bairro vizinho. Antes de sair, convidava as(os) estudantes para aguçarem os sentidos, a fim de exercitarem uma atenção aberta, sem perder a espontaneidade que poderia surgir no caminho. A proposta era de não enquadrarmos aquele percurso em uma tarefa descritiva e nem tomarmos aquele território como objeto de estudo, mas nos atentarmos ao que mais despertava interesse, estranhamento ou curiosidade (Kastrup; Barros, 2009).

Enquanto andávamos, ouvia muitos comentários sobre as particularidades das ruas, principalmente em relação a desigualdade entre as partes internas e externas do bairro. Também surgiam lembranças das histórias de vida de alguns/algumas estudantes, principalmente daquelas(es) que vieram do interior do estado, comentários sobre acontecimentos nos outros campos de estágio e sobre a semana de provas que se aproximava. Com algumas turmas, a caminhada se estendia em um café na padaria do bairro, com outras seguia como uma atividade protocolar, na maior parte do tempo em silêncio. Em alguns momentos, costumava compartilhar a história da região, a fim de trazer o mangue como meio-ambiente constituinte das vidas que ali habitam há décadas. Nesse sentido, o mangue era um analisador que possibilitou fissuras no casulo do humano (Krenak, 2019) ao produzir encontro com o que está colocado fora da assepsia da produção humana colonial.

Naquele percurso, também achava interessante apontar os diferentes serviços de saúde, assistência social e educação presentes, a fim de localizar a UBS em uma rede socioassistencial que por vezes não era vista. Numa ocasião, a caminho de volta para a UBS, uma estudante questionou o que seria "*aquele muro branco e verde, que parece uma escola*". Respondi que era um *abrigo para moradores de rua*. A estudante se surpreende com a resposta rápida e pergunta: "*mas como você sabe, se não tem placa?*". De fato, os Serviços de Acolhimento Institucional (SAIs) que compõem o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), comumente denominados abrigos para diferentes públicos (crianças e jovens, idosos, pessoas com deficiência, pessoas em situação de rua e mulheres em situação de violência), não possuem placas, a fim de preservar a privacidade das(os) acolhidas(os) (Brasil, 2014b). Aquela resposta veio a partir da experiência recente no último campo de trabalho antes de ser contratado como professor, quando atuei como psicólogo no Centro POP (Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua), onde lidava diariamente com a rede composta pelos diferentes serviços destinados à população em situação de rua, inclusive aquele SAI.

Ao saber o que guardava "*aquele muro branco e verde*", a estudante propôs a realização de uma visita para conhecer o SAI, tendo em vista que as(os) acolhidas(os) naquele serviço também frequentavam a UBS onde o estágio era realizado, ideia que foi acolhida pelas(os) outras(os) colegas da subturma. Ao saírem do lugar de observadoras(es), a estudante e suas/seus colegas, em um gesto de participação, nos convocavam à produção de outras conexões com o território e à produção coletiva do conhecimento (Barros; Kastrup, 2009). Aquela proposta provocou efeitos na organização previamente pensada para as semanas de estágio daquela subturma e, no mesmo dia, ao encerrar as atividades na UBS, fui ao SAI para fazer contato e agendar a

atividade nas semanas seguintes. Na ocasião, fui recebido pela psicóloga do serviço, que demonstrou abertura e propôs o que poderia ser interessante para as(os) estudantes e acolhidas(os).

Na perspectiva da Análise Institucional podemos compreender que, diferente da encomenda produzida na solicitação do estabelecimento de ensino, a proposta de conhecer o abrigo foi produzida como demanda que emergiu do encontro do próprio grupo com o território (Rodrigues, 2006). O pedido das(os) estudantes produziu uma força instituinte que nos fez experimentar o encontro com o SAI como parte da prática do estágio com as outras subturmas, em parceria com a psicóloga do SAI e acolhidas(os), dado os efeitos compartilhados nos diários reflexivos.

Posteriormente, a psicóloga do serviço, que realizava pesquisa de mestrado com as acolhidas no SAI no mesmo programa de pós-graduação (Costa, 2023), me convidou a escrevermos sobre a experiência do encontro entre estudantes e usuárias(os) do SAI. O texto foi publicado na forma de artigo (Fim; Costa; César; Siqueira, 2024) e tem as discussões ampliadas a seguir.

Consideramos a visita não como uma ida à campo a fim de produzir observações de objetos de estudos, mas possibilidade das(os) estudantes se aproximarem de uma política pública distante da formação médica. Diante da preocupação de como as(os) acolhidas(os) poderiam se sentir na presença das(os) estudantes, a psicóloga ressaltou que além da autorização da Secretaria Municipal de Assistência Social e à coordenação do SAI, também pediria autorização às/aos acolhidas(os), ao relembrar que o serviço é local de moradia daquelas(es) que ali convivem (Brasil, 2014b) e afirmou que "*quem mora na casa precisa permitir que alguém de fora entre*".

Com as devidas autorizações, as caminhadas pelo SAI se iniciavam com a apresentação da estrutura física, momento em que era apresentado o cotidiano do serviço, evidenciando aspectos como a organização do espaço, rotina e as atividades ali realizadas. Também eram compartilhadas algumas peculiaridades do trabalho com a população em situação de rua naquele serviço, como o fato da maior quantidade de vagas masculinas do que femininas e da metade das vagas estarem no segundo andar da casa, sem acessibilidade. Ao se deslocarem pelo espaço físico, havia a oportunidade das(os) estudantes conhecerem as(os) acolhidas(os) que estavam nas áreas comuns, assim como as(os) demais trabalhadoras(es).

A introdução produzia surpresas e perguntas, que se abriam em momento posterior de conversa com a psicóloga. Nesses momentos, algumas histórias das(os) acolhidas(os) no serviço eram

compartilhadas na direção de questionar as visões naturalizadas sobre pessoas em situação de rua. Nas histórias, ouvíamos sobre uma diversidade de acontecimentos que contribuíram para a ida às ruas, como os conflitos familiares, precariedades e desigualdades sociais, raciais e de gênero.

Nas caminhadas pelo abrigo que ocorreram no semestre seguinte, também foi possível uma aproximação entre estudantes e acolhidas(os) através de uma atividade construída a partir do pedido da coordenação do SAI, que solicitou uma contrapartida para o serviço. A encomenda foi pensada com as(os) estudantes, que sugeriram o acompanhamento da pressão arterial das(os) acolhidas(os) em um momento reservado. A aferição, além de contribuir para o acompanhamento do risco cardiovascular das(os) acolhidas(os) cadastradas(os) na UBS onde o estágio era realizado, possibilitou aproximação e quebra de barreiras entre estudantes e acolhidas(os), abrindo oportunidades de toque, conversas, risadas e partilha de histórias.

Durante as caminhadas, percebemos que as afetações eram muitas, manifestadas nos olhares, nas perguntas e no movimento do corpo. Entre as questões surgidas, as(os) estudantes costumavam questionar: "*como fazem para sair do abrigo?*", "*eles conseguem emprego?*", "*é oferecido algum benefício do governo?*", "*eles recebem visitas?*", "*e o uso de drogas?*". Vimos aquelas(es) estudantes, em sua maioria brancos e de classe social alta, presentes, interessadas(os) e afetadas(os) por um espaço habitado por corpos tão indesejados pela sociedade. Tais afetações eram efeito de uma escuta que perturba os modos de vida instituídos (Heckert, 2007), produzindo deslocamentos que, aos poucos, produziam desvios da noção instituída sobre as pessoas em situação de rua como "viciadas" ou "vagabundas", assim como a ideia de que as políticas socioassistenciais são "caridade".

Nos diários reflexivos que trazem o acontecimento da ida ao abrigo, encontramos algumas modulações subjetivas e afetações, que explicitam processos formativos para além dos protocolos e das técnicas previstas para a atuação de profissionais de Medicina. Algumas percepções são compartilhadas pela estudante I.:

"Terça feira no ambulatório de humanidades fizemos uma atividade um tanto atípica, que nos permitiu ter contato com uma minoria que são os moradores de rua. Na atividade proposta, visitamos um abrigo para alguns moradores que recebem amparo do governo e tentam recomeçar a viver na sociedade. Quando pensava em moradores de rua, inconscientemente relacionava a condição que eles estavam como uma escolha pessoal, sempre apontando para

as drogas e bebidas. Mas conversando com a psicóloga do local, abri minha visão pra quantidade de pessoas que estão nessa condição por não terem outras opções ou de se sentirem impotentes em relação a sua própria vida. Lá, conseguimos fazer uma triagem da P.A.[44] *dos residentes, que se mostraram muito atenciosos e participativos, e com muita paciência (já que estávamos atrapalhando o horário de fumar deles). Essa atividade mudou minha visão sobre essa minoria e sobre o que eu pensava de como eram esses locais que abrigam esse grupo, já que eles me mostraram como é importante reconhecer cada um como um indivíduo independente com sua própria história de vida, que merece ser escutado, examinado e principalmente, acolhido por nós (tanto médicos quanto outros profissionais)"* (Diário reflexivo da estudante I., 15 de março de 2023).

A "*atividade atípica*" da caminhada no abrigo diz sobre a entrada em um espaço que não é previamente pensado para a Medicina e outras áreas da saúde. A psicóloga costumava ressaltar que as(os) técnicas(os) de enfermagem eram contratadas(os) como "educadoras(es) sociais", pois os cargos da saúde não eram previstos nos organogramas dos serviços que compõem o SUAS (Brasil, 2014b). Esse modo de organização por estratificações (Deleuze; Guattari, 2006) atravessa diferentes políticas que compõem a rede socioassistencial e delimita as divisões entre saúde, assistência social e educação. Tal lógica torna a violência, a falta de moradia, a pobreza, a desigualdade problemas estranhos, não inerentes à Medicina e outras disciplinas, ausentes nos currículos da graduação. As questões sociais tendem a ser responsabilidade das(os) assistentes sociais presentes em alguns serviços de saúde, de modo que podemos questionar: como pensar o trabalho em saúde como parte das políticas públicas de Seguridade Social[45]?

Nesse sentido, a caminhada no abrigo operou como dispositivo que possibilitou aproximar campos aparentemente distintos, nos quais determinados saberes não são, a princípio, pensados para atravessar as barreiras existentes e construir diálogos, como no caso da Medicina com o serviço social. Ao conhecer como as acolhidas(os) recebem um "*amparo do governo"* e como vivem nos "*locais que abrigam esse grupo*", as(os) estudantes foram recebidas(os) por profissionais de diferentes áreas, que raramente comparecem na formação médica. Para além de conhecer o funcionamento de um sistema que a maioria das(os) estudantes não utilizava e não sabia da existência, também era possível pensar como a prática da Medicina pode se situar

[44] Sigla para "Pressão Arterial".

[45] A Seguridade Social está prevista na Constituição Federal de 1988 como um conjunto de políticas públicas que visa garantir a proteção social à população. É composta pelo Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social e pela Previdência Social (Brasil, 1988).

em meio às diferentes políticas públicas e contribuir para a construção da rede da qual também participam.

Longe de fazer da caminhada ao abrigo uma atividade tecnicista, com fins de mostrar o funcionamento de outro serviço, a preocupação da estudante com o "*horário de fumar*" visibiliza a percepção de um encontro que modifica a rotina do SAI, ao considerar as(os) acolhidas(os) como anfitriões e não como objetos de observação. Do mesmo modo, compartilhar o cotidiano de outro serviço permite ampliar a visão a partir das afetações possíveis no encontro, produzindo fissuras na relação instituída entre estudante de Medicina e acolhidas(os), que costumam comparecer destituídos de sua complexidade no contexto de uma consulta.

Os discursos instituídos sobre as pessoas em situação de rua, presentes nas primeiras impressões compartilhadas pelas(os) estudantes, resumem suas práticas a "*uma escolha pessoal, sempre apontando para as drogas e bebidas*" (Costa, 2023). A(o) "drogada(o)" ou "vagabunda(o)" são adjetivos que dizem sobre formas totalizadas (Machado, 2023), configurando lugares de corpos considerados quase-humanos, efeito de uma produção colonizada de humanidade economicamente produtiva (Krenak, 2019). Tal produção conforma hierarquias que subjugam o Outro como ser de menor valor, como a população em situação de rua considerada uma "*minoria*" que necessita dos serviços oferecidos pela política pública de assistência social e que tem como "*perfil*" uma grande maioria de pessoas negras(os) e pardas(os), em grave situação de vulnerabilidade. Importante ressaltar a relação direta dessa situação com a herança escravocrata brasileira que, até os dias atuais, compõe grande parte da população desprovida de condições sociais e econômicas que produzem o rompimento dos vínculos familiares e comunitários (Carneiro, 2023).

Nos processos de produção de uma humanidade colonizada, que serve como parâmetro, há a supressão da diversidade, a massificação e a totalização da pluralidade de existências (Krenak, 2019). Para que médicas(os) e outras(os) profissionais acolham a população em situação de rua, como aponta a estudante, é preciso um exercício de alteridade e uma disposição para o questionamento de uma lógica da branquitude e dos racismos invisibilizados (Bento, 2022), para além de uma empatia conformadora (Freitas, 2006)[46] baseada em uma suposta igualdade na condição de humano. Afirmamos a formação como possibilidade de cultivo de afetabilidades

[46] A noção de empatia é ampliada no Capítulo 6.

que nos permitem ouvir e contar histórias para além das narrativas que reafirmam desigualdades, violências e das práticas caritativas e piedosas herdadas do cristianismo que atravessam a humanização em sua dimensão colonizadora.

Nesse sentido, seguimos com a escrita da estudante C:

"Bom, esse é meu último diário de humanidades e não teria como não finalizar o ambulatório de humanidades falando da incrível experiência que tive no abrigo de pessoas em situação de rua que tivemos a oportunidade de conhecer na disciplina de humanidades. Quando o professor contou sobre onde iríamos eu comecei a pensar em mil cenários e mil perfis de como seriam as pessoas daquele local, ou seja, criei um pré-conceito. Na sexta chegamos e fomos ao abrigo que fica próximo a unidade de saúde. Logo de cara fomos recebidos pelo porteiro que possibilitou nossa entrada e ficamos aguardando a anfitriã que iria nos apresentar a história e o espaço. Fomos para uma sala e ela explicou todo o funcionamento da unidade e era nítido em como ela amava estar ali e como ela amava aquele trabalho. Imagino que deve ser difícil lidar com tantas vidas vulneráveis e tentar não carregar o peso de cada vivência com ela. Logo após isso fomos para a área externa onde aferimos a pressão de cada pessoa daquele local. Eram tantos perfis, idoso, jovens, mulheres e homens. É difícil tentar não querer saber o que levou cada pessoa a estar ali, querer saber cada história. Muitos eram receosos com a nossa presença, mas outros era visível em como eles queriam alguém para conversar e só jogar conversa fora, sem ter a preocupação do que iriam achar deles. Essa experiência foi boa pra me abrir a cabeça e entender que cada pessoa em situação de rua é uma pessoa individual, com vivências próprias, com dores próprias e histórias únicas. Foi bom para que a gente entendesse como eles só querem ser enxergados perante a sociedade, e não serem mais uma vez excluídos e apagados" (Diário reflexivo da estudante C., 05 de maio de 2023).

No breve contato com as(os) acolhidas(os), observamos um interesse das(os) estudantes por "*querer saber cada história*" como vontade de acessar a complexidade das vidas que compartilhavam o cotidiano do SAI. Sem um roteiro de conversa pré-definido, como nas anamneses realizadas em consultório, as(os) estudantes eram convocados a "*jogar conversa fora*" exercitando uma escuta aberta à singularidade do encontro, povoado de histórias de vida complexas, misturadas com brincadeiras e situações inesperadas. A escuta não tinha como objetivo "*carregar o peso de cada vivência*" e produzir o sentimento de pena, mas, aos poucos, desmanchar o medo e os preconceitos, possibilitando fissurar as barreiras que distanciam

estudantes e acolhidas(os), que naquele encontro puderam comparecer com suas "*vivências próprias*", não "*apagadas*", mas "*enxergados*" como sujeitos.

Nos corpos das(os) acolhidas(os), víamos diversas marcas, presentes na pele e nas sutilezas de cada fala, que nos contavam sobre violências e estratégias de sobrevivência que possibilitaram a vida nas ruas. Entre as(os) acolhidas(os) naquele serviço, grande parte já não se encontrava em idade laboral, apresentavam questões de saúde que impediam o retorno ao mercado de trabalho ou modos de subjetivação avessos à experiência normativa hegemônica do humano produtivo. O contato com essas vidas produzia fissuras nas narrativas meritocráticas que, por vezes, eram apresentadas pelas(os) estudantes na ideia de que basta querer trabalhar e estudar para sair da situação de rua e ser independente dos "*auxílios do governo*". Tais fissuras produzem deslocamentos na ideia abstrata de unidade que incide sobre a produção do humano (Krenak, 2019).

Como fissura, afirmamos o movimento de linhas maleáveis que produzem abalos nas segmentarizações duras, produtoras das divisões que conformam lugares distantes baseados na classe social, gênero, raça, escolaridade, profissão, idade e diversas outras. As fissuras são movimentos sutis, pequenas aberturas que se abrem em rígidas estruturas, produzidas

> [...] quase sem que o saibamos, mas na verdade tomamos consciência dela subitamente'. Essa linha molecular mais maleável, não menos inquietante, muito mais inquietante, não é simplesmente interior ou pessoal: ela também põe todas as coisas em jogo, mas em uma outra escala e sob outras formas, com segmentações de outra natureza, rizomáticas ao invés de arborescentes[47] (Deleuze; Guattari, 1995, p. 66).

De maneira próxima, encontramos um abalo no pensamento sobre o lugar da figura feminina na vida dos homens acolhidos no SAI, como compartilhado pela estudante N:

"Nesse dia de ambulatório fomos visitar o local que acolhe moradores de rua. Eu não tinha contato com esse tipo de instituição ainda. A princípio chegamos no local e o ambiente parecia alegre e bem-organizado, muitas pessoas jogando dominó, um local bem localizado e com uma estrutura razoável. De início me chamou atenção o fato da esmagadora maioria dos acolhidos serem do sexo masculino e inclusive o número de vagas reservadas para eles no 'abrigo' é maior que para as mulheres. Durante a visita, a psicóloga esclareceu que as pesquisas mostram

[47] A imagem da árvore e do rizoma visam distinguir epistemologias com propostas distintas. O pensamento arborescente, como uma árvore, apresenta estrutura centralizada (tronco) com ramificações pré-determinadas pelo centro. É associado a noções hierárquicas, binaristas e lineares em uma estrutura rígida. O pensamento rizomático, como um rizoma, apresenta crescimento descentralizado, que se expande em largura e não em profundidade como um mapa, através de conexões singulares, múltiplas e heterogêneas (Deleuze; Guattari, 1995).

que os homens em situação de rua estão lá por motivos como separação ou morte da parceira, morte da mãe, logo, algo voltado para quebra do cuidado feminino. E nessa discussão vimos que o homem foi criado sendo cuidado pela mulher, sem autonomia em diversas partes da vida e quando ele perde essa linha de cuidado ele acaba não suportando e acaba em situação de rua. Eu fiquei um pouco incomodada com isso, pois como missão ao ter um filho futuramente, eu me sinto na obrigação de criar um homem independente que saiba se cuidar, que não dependa de outra pessoa para arrumar uma casa, cozinhar e tomar suas próprias decisões, para mim isso é o mínimo que eu devo ao meu filho. Algo que trouxe uma pequena reflexão em nós foi o baixo número de mulheres no 'abrigo' e as poucas vagas, a explicação trazida pela psicóloga nos mostrou que essas mulheres muitas vezes não procuram esses locais por recusa de seus parceiros" (Diário reflexivo da estudante N., 17 de novembro de 2022).

O incômodo compartilhado pela estudante possibilita acessar efeitos produzidos no encontro com as histórias de vida das(os) acolhidas(os). Não se trata de um conteúdo novo aprendido em aula diante de um objeto de estudo, mas de intervenções nos modos de subjetivação hegemônicos. Não falamos de mudanças absolutas ou bruscas, mas questões que passam a surgir como problemas a serem pensados, exercitando atenção às nossas implicações nas realidades que nos parecem distantes. Ainda que permeada pela ideia de "*independência*", característica da produção homem-racional-produtivo construída na modernidade colonial (Carneiro, 2023; Lugones, 2014), a estudante compartilha como as histórias de muitos acolhidos a fazem pensar no lugar instituído de "*mãe*", que ela toma como "*missão*" para a sua vida, assim como o machismo que atravessa as relações familiares.

Pelo SAI, circulavam muitas vozes de uma minoria que não é minoria, daqueles considerados os infames da sociedade, que contribuem com os processos de formação produzindo conexões com as vidas das(os) estudantes e provocando deslocamentos. No encontro, há a possibilidade de diferenciação, ainda que sem garantias. As fissuras, possíveis no movimento de linhas maleáveis, produzem desterritorializações relativas, podendo contribuir para reterritorializações em linhas duras (Deleuze; Guattari, 1995), alimentando distâncias, preconceitos e noções instituídas. Desse modo, há a importância do cuidado com as condições em que se dão os encontros e seus efeitos, como a entrada das(os) estudantes no SAI com intenções caridosas e piedosas, assim como o contorno que damos às afetações. Há a possibilidade do cultivo da atenção aos modos como nos modificamos com o outro em sua complexidade, de maneira que a diferença não é tomada como característica do sujeito que vive

uma realidade distinta, mas movimento de reposicionamento diante dos discursos e práticas que reduzem as experiências humanas aos ideais colonizados.

Ao final da caminhada, ficava a percepção de que o trabalho com pessoas em situação de rua é complexo e nos demanda ir muito além da "meiota de cachaça", da "cama de papelão" ou do que está "dentro do cachimbo", como afirmado pela psicóloga do serviço. No momento da despedida, a trabalhadora nos convidava a seguirmos no exercício de "*desmistificar a ideia que foi construída sobre população em situação de rua*". O trabalho de desmistificação nos leva à contribuição de Michel Foucault acerca do papel do intelectual contemporâneo, que não se propõe a falar sobre os acontecimentos ao seu redor, mas se permite aproximar e ser afetado pelo mundo, a fim de produzir um diagnóstico do presente, no sentido da problematização (Artières, 2008).

O convite à desmistificação das narrativas coloniais que perpetuam as desigualdades em relação aos corpos considerados não-humanos é um compromisso com a formação, que vai além de um diagnóstico que se aprende no curso de Medicina, pedagogia ou Psicologia, pois exige a produção de um corpo sensível e disponível aos encontros nos quais há a possibilidade de diferenciação aos modos de subjetivação hegemônicos. Para isso, a abertura e o interesse pelo encontro com o outro são gestos que nos permitem deslocar dos lugares instituídos que nos constituem.

Na caminhada pelo bairro e pelo SAI, não buscamos apenas conhecer aquele espaço geográfico, mas exercitar a presença em outras realidades, paradoxalmente próximas e distantes do estabelecimento de ensino. Um exercício que parece simples, mas é desafiador e permeado de incômodos que nos convocam à possibilidade de romper com um padrão de locomoção e com os medos, de poder sentir a temperatura, suar o corpo e contaminá-lo de dia, vislumbrando outros modos de existir e que coabitam a cidade em que vivemos.

Seguiremos, no próximo capítulo, com a proposta de ampliar os modos não hegemônicos de habitar o serviço de saúde e os processos de formação. Com a análise do dispositivo grupal, ampliaremos as discussões sobre cuidado, escuta e acolhimento como práticas a serem problematizadas no contexto do Estágio em Humanidades Médicas.

8 DISPOSITIVO GRUPO: O ACOLHIMENTO COMO EXERCÍCIO

O tempo reservado ao estágio era dividido visando contemplar diferentes atividades ao longo de seis semanas, como a leitura dos diários, a caminhada pelo bairro, o encontro com o Serviço de Acolhimento Institucional, o grupo e os acolhimentos. Essa última atividade foi proposta para possibilitar que as(os) estudantes se encontrassem com as(os) usuárias(os) daquele território, através dos encaminhamentos colocados na Pasta da Psicologia[48].

De maneira instituída, nos serviços de saúde, o acolhimento é reduzido a um tipo de atendimento realizado quando a(o) usuária(o) chega ao serviço. Pode se tratar, também, da postura voluntarista e empática do(a) trabalhador(a), que tem o objetivo de trazer conforto em meio à lógica de atendimentos seriados e homogeneizantes. A noção de acolhimento também está presente nos debates sobre a democratização e o acesso aos serviços de saúde, porém reduzida a uma tarefa individual, localizada na postura de cada trabalhador(a).

Sobre essa questão, as pesquisadoras Claudia Neves e Ana Heckert (2010) apontam que

> [o]s processos de acolhimento assim operacionalizados têm produzido, na maior parte das vezes, efeitos deletérios e de desgaste nas relações entre usuários e trabalhadores no cotidiano das práticas de produção de saúde. Isto pode ser percebido seja quando o acolhimento é vivenciado pelo usuário como mais um dique a transpor para 'resolver' suas necessidades de saúde, ou mesmo usufruir do consumo de sua dose procedimental, seja quando é visto como castigo pelos trabalhadores que são designados para a triagem, validação e/ou contenção destas necessidades. Este processo nos leva a indagar: O que se quer acolher nos processos de produção de saúde? (p. 154)

Dentro da organização da UBS onde ocorria o Estágio em Humanidades Médicas, a atividade do acolhimento também era atravessada por uma função de triagem. A partir do acolhimento, era possível direcionar a(o) usuário(a) para o atendimento com a psicóloga, se necessário, fazendo "andar a fila", parada há quase dois anos, ou para outro tipo de atendimento na UBS. A partir dos encaminhamentos escolhidos pelas(os) estudantes, o contato telefônico ou a busca-ativa eram realizadas para que os acolhimentos fossem agendados nas demais semanas de estágio com a subturma.

Por outro lado, com as(os) estudantes de Medicina, a proposta do acolhimento tinha como objetivo intervir na fragmentação instituída pela racionalidade médica cartesiana (Branco, 2021), que tem como efeito a prática de produção de encaminhamentos para a Psicologia

[48] A atividade com a Pasta da Psicologia consistia na leitura e discussão com as(os) estudantes sobre os encaminhamentos feitos por médicas(os) que eram guardados na pasta com o intuito de, em algum momento, serem atendidos pela psicóloga. O dispositivo "Leitura de Encaminhamentos" é compartilhado no Capítulo 5.

quando questões pessoais ou subjetivas aparecem nos atendimentos. Nesta lógica, mente e corpo são tomados como instâncias separadas, sendo o corpo reduzido ao biológico e de responsabilidade do saber médico, enquanto a parte "psicológica" diz respeito àquilo considerado intangível, subjetivo e pessoal (Aragaki; Spink, 2009).

A prática do encaminhamento para a Psicologia, que isenta a(o) médica(o) de lidar com questões que vão além de uma abordagem biológica da(o) usuária(o), também ocorre na história de Tereza (Bonaldi; Barros, 2019), compartilhada com as(os) estudantes no primeiro dia de estágio[49]. No seu percurso por diferentes serviços de saúde, Tereza questiona o entendimento instituído de que, para conversar sobre sua vida, a(o) profissional que escuta precisa de um carimbo específico. Esse carimbo é uma alusão à formação em Psicologia, nesse sentido, o atendimento psicológico é concebido como uma prescrição em função do relato de Tereza sobre seus problemas familiares em uma consulta médica.

No contexto do estágio, a ideia inicial era que os acolhimentos funcionassem como uma escuta aberta, fora dos padrões de uma anamnese médica, que possibilitasse ampliar as informações escritas (ou não) naqueles documentos e produzir contato com as(os) usuárias(os) encaminhadas(os) para a Psicologia. A proposta também tinha como objetivo provocar as(os) estudantes ao exercício do acolhimento na relação com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008). Nessa política, a prática do acolhimento não é restrita a categorias profissionais, como Psicologia ou Serviço Social, mas é uma atenção a ser exercitada por todas(os) que compartilham os serviços de saúde, em qualquer tipo de atendimento, sejam individuais ou em grupo, na atenção primária, especializada e hospitalar.

Essa proposta parte da problematização sobre o acolhimento em meio ao acúmulo de práticas heterogêneas nos serviços de saúde, com sentidos e efeitos diversos. Na esteira dos debates sobre acesso à política de saúde, assim como a ampliação dos processos de participação na gestão do trabalho, o acolhimento é afirmado como abertura ao encontro e à diversidade. Ele não está circunscrito a um espaço determinado, a uma ação entre dois indivíduos ou a uma técnica específica, trata-se de um trabalho coletivo e cooperativo. Nessa perspectiva, podemos

[49] Menção ao Capítulo 6 do livro "Cachaça, suores, amores: deuses que dançam e processos de formação", denominado "Hospital-escola?!: o passeio de Tereza" (Bonaldi; Barros, 2019), lido em conjunto com as(os) estudantes no primeiro dia do estágio. O dispositivo "Leitura da História de Tereza" é compartilhado no Capítulo 5 da tese.

afirmar o acolhimento como tecnologia do encontro e dispositivo de intervenção na qualificação da escuta, na construção de vínculos e na garantia do acesso (Brasil, 2006).

No contexto do estágio, a cada semana, uma(um) estudante era convidada(o) a conduzir o acolhimento agendado com as(os) usuárias(os) previamente selecionadas(os). Diante da proposta, muitas(os) demonstravam tensão na vez de serem as(os) condutoras(es), pois consideravam uma escuta solta demais, no sentido de não ser orientada por uma anamnese pré-estruturada em função de sintomas de uma doença. Após o atendimento, cada uma(um) compartilhava suas impressões, não somente sobre a história e questões compartilhadas pela(o) usuária(o), mas também sobre o exercício de acolhimento. Ao final, todas(os) eram convidadas(os) a fazerem o registro do atendimento no prontuário eletrônico, com a orientação de não ser uma escrita baseada em sintomas psiquiátricos, mas com uma narrativa que pudesse apresentar diferentes dimensões da escuta e que serviria ao acompanhamento daquela(e) usuária(o).

A oportunidade de realizar os acolhimentos também produziu arranjos pouco usuais, à medida que nos deparamos com as limitações do estágio naquela UBS. Em algumas situações específicas, nas quais houve uma conexão entre usuária(o) e estudantes, seguimos com o acolhimento nas semanas seguintes, tendo em vista a dificuldade de continuidade imediata pela psicóloga da UBS em realizar novos atendimentos devido aos poucos horários disponíveis. Esse formato produziu a prática de uma escuta prolongada, com o intuito de manter um tempo-espaço de conversa sobre as questões mais urgentes que se apresentavam naquele momento. Tal prática produziu estranhamentos para as(os) demais profissionais da UBS, pois não era um arranjo esperado nos modelos previstos, não era terapia, nem atendimento médico, nem consulta individual ou em grupo. As(os) estudantes não eram observadoras(es) de uma psicoterapia guiada por um professor-psicólogo, mas participantes daquela escuta-conversa.

Além da questão do formato, ao longo dos semestres, o acolhimento individual não se manteve como uma atividade sustentável dentro da UBS, pois criava uma segunda fila, tendo em vista que a psicóloga do serviço não conseguia dar seguimento às pessoas que eram acolhidas. Apesar de um aparente fracasso de uma atividade proposta, os acolhimentos possibilitaram que as(os) estudantes se aproximassem das(os) usuárias(os) daquela UBS, algumas/alguns distanciadas(os) do serviço de saúde. Também foi uma oportunidade de nos atentarmos às questões em comum que atravessavam a comunidade daquele território. Consideramos que a construção e desconstrução das atividades faz parte de uma formação pensada como processo

permanente, que não é baseada em modelos prontos, mas aberta às possibilidades que surgem no encontro com estudantes, trabalhadoras(es) e usuárias(os) (Heckert; Passos, 2009).

Nos encontros possibilitados pelos diferentes dispositivos do Estágio em Humanidades Médicas, a proposta de um grupo compareceu como demanda (Rodrigues, 2006), sugerida por estudantes de uma subturma do estágio. A inspiração para a proposição de um grupo na UBS surgiu a partir da leitura dos encaminhamentos, que, organizados em faixa etária, tinham um número considerável de pessoas acima de 60 anos encaminhadas à Psicologia devido a ansiedade, depressão e luto. Tais questões descritas pelas(os) médicas(os), que consideramos serem mais complexas do que apenas sintomas, também compareciam nos acolhimentos individuais com usuárias(os) da mesma faixa etária e apresentavam relação com os acontecimentos experienciados na pandemia de Covid-19, como o isolamento social e a morte de pessoas próximas.

As(os) estudantes sugeriram a proposição de um grupo que reunisse usuárias(os) acima de 60 anos e que apresentassem sintomas e queixas em comum. Como proposta inicial, pensaram em propor um "*grupo para pessoas enlutadas*", "*grupo de saúde mental*" ou "*grupo da terceira idade*". Para o início dos encontros, estabelecemos uma data e as(os) estudantes realizaram a busca-ativa das(os) usuárias(os) a partir dos endereços presentes nos encaminhamentos da Pasta da Psicologia, possibilitando que os convites fossem realizados pessoalmente, de porta em porta.

A partir do convite, o grupo passou a ter frequência semanal como atividade fixa do estágio. Após o encerramento das seis semanas de estágio daquela subturma, o grupo permaneceu no mesmo dia, com a participação de outra subturma, mantendo este formato ao longo de dois anos e meio, até o fim do Estágio em Humanidades Médicas[50]. A princípio, o grupo iniciou com a presença de duas usuárias e se ampliou ao longo dos semestres, na medida em que novos convites foram feitos e trabalhadoras(es) do serviço passaram a conhecer e convidar outras pessoas a participarem. Por fim, o grupo contou com seis participantes, todas mulheres usuárias regulares daquela UBS e moradoras do território. Algumas participantes já se conheciam como vizinhas, ainda que não fossem próximas de convivência.

[50] O processo de encerramento do estágio de Humanidades Médicas será compartilhado no Capítulo 11.

As questões do isolamento e da solidão, experienciados por algumas usuárias e percebidas pelas estudantes que propuseram o grupo, estava presente nos acolhimentos individuais e nos cotidianos narrados nos diários reflexivos, como na escrita da estudante C.:

"Durante a última semana foi difícil achar algo que fosse marcante, porque em meio a tanto caos de prova e faculdade, a gente acaba nem prestando atenção nos detalhes e tudo que está acontecendo à nossa volta. Demorei e forcei a memória pra lembrar de algo e não consegui. Relaxei e deixei pra outro momento para fazer este diário, foi quando me veio um estalo e lembrei de uma situação que me fez pensar bastante no final de semana. No domingo, como de costume, desci com meu cachorro Chico para passear por perto do meu prédio, e como sempre ele chama a atenção. Passei em frente a um estabelecimento e observei uma idosa sentada sozinha tomando cerveja, e logo quando passei ela não tirou o olho do meu cachorro. Passei próximo a ela, e ela logo mexeu com o Chico (meu cachorro), nisso ela já começou a puxar assunto e falar em como gostava de cachorro e o quanto fazia bem pra ela, mas que depois que o último dela morreu, ela não teve coragem de pegar outro pelo sofrimento que foi a partida do seu último bichinho. Ficamos uns bons minutos conversando, e ela falando de várias coisas. Finalizamos e nos despedimos. Logo comecei a pensar o quanto eu senti que aquela idosa estava sozinha e queria conversar, e o quanto ter um animal fazia falta para ela. Refleti em como muita das vezes o processo de velhice pode ser solitário e como certas coisas podem nos afastar da solidão, como ter um animal de estimação. Foi algo simples, mas que me fez refletir bastante sobre o processo de envelhecimento, e acho que tem a ver com o ambulatório de humanidades, até porque a gente atendeu uma situação parecida que abordava o mesmo tema que era a solidão do processo de envelhecimento. A pessoa em questão era R. e que sofreu bastante com a saída dos filhos de casa e que ainda está em processo de mudança para aceitar a nova fase" (Diário reflexivo da estudante C., 21 de abril de 2023).

Ao longo das atividades do estágio era perceptível a mudança de postura das(os) estudantes a depender da idade da pessoa que era atendida. Diante de crianças e pessoas acima de 60 anos, era comum observar uma atenção "piedosa", na qual as(os) estudantes tendiam a se interessar pelo contexto de vida das(os) usuárias(os), como em relação à "*idosa sentada sozinha tomando cerveja*". Por vezes, as(os) estudantes assumiam o lugar daquelas(es) que iriam cuidar e curar a(o) usuária(o) necessitada(o) de atenção. Tal interesse também se mostrou nas motivações para proposição do grupo, que demonstrava uma vontade de "*levar conforto*" e "*orientar cuidados*" para "*melhorar a saúde mental*".

Essas mobilizações, ao mesmo tempo que podem indicar uma disponibilidade ao encontro, também nos possibilitam pensar nas ideias instituídas que atravessam as práticas em saúde e as relações etárias, manifestadas aqui no interesse das(os) jovens que irão levar informações sobre saúde a um grupo de idosas(os). Podemos colocar em análise as boas intenções que permeiam esses movimentos, com atenção para não reafirmarmos o lugar instituído da pessoa acima de 60 anos como sendo frágil e necessitada e nem da(o) médica(o) jovem e salvador(a). Trata-se do exercício de desviar da humanização colonizadora como conceito-sintoma, baseada numa postura caritativa, empática e piedosa. Tal postura reduz o outro a um objeto de pena e reafirma a hierarquia entre profissional da saúde e usuária(o), entre pessoa jovem e pessoa mais velha.

A crítica em relação à visão instituída sobre pessoas idosas também se estende para os motivos comuns que justificam a proposição de um grupo. Regina Benevides (2007) aponta como o grupo se constitui historicamente como objeto de interesse de diferentes saberes da Medicina, Psicologia e Pedagogia, produzidos na Europa e Estados Unidos, desde o século XVIII. A partir do século XX, o grupo aparece como método e ferramenta a ser utilizada por especialistas nos serviços de saúde, com o objetivo de provocar mudanças de comportamento e com uma função terapêutica, na qual a(o) líder/condutor(a) tem o papel fundamental na modificação das consciências que constituem o dispositivo grupal.

Em meio às diferentes perspectivas que buscam definir o que poderiam ser as práticas grupais e destrinchar os seus modos de funcionamento, os grupos tendem a ser tomados como objetos finalizados em si mesmos, como entidades unitárias e totalizadas, dotados de uma essência própria. Por vezes, são caracterizados como uma somatória de individualidades reunidas por um motivo em comum, ou como uma produção a mais, que vai além da soma das partes. De todo o modo, em algumas teorias instituídas sobre grupos, o indivíduo é tomado como elemento central, seja por fazer parte do todo, ou porque a participação visa modificá-lo em função de um objetivo pré-definido.

A partir dessas perspectivas, poderíamos considerar o grupo de idosas(os) como um conjunto de usuárias(os) do sistema de saúde reunidas(os) por um motivo em comum: pessoas acima de 60 anos que se queixam de solidão, apresentam sintomas no campo da saúde mental e necessitam de cuidados. Ao tomarmos o grupo em sua função prescrita em um serviço de saúde, ele serviria como espaço para falar sobre a experiência sintomática da ansiedade e da depressão, assim como tratar os referidos sintomas, dar orientações e avaliar o progresso das(os) usuárias(os).

Por outra perspectiva, a relação com os grupos como dispositivo de cuidado nos serviços de saúde não é natural. O grupo não é um instrumento de aplicação, um protocolo dado. É uma construção sempre situada e, por isso, se modifica a cada montagem envolvendo participantes, território, profissionais, questões surgidas e dinâmicas grupais acompanhadas. É preciso ter atenção crítica aos engessamentos em função de objetivos pré-definidos que podem obstaculizar processos de autonomia e participação grupal. As hierarquizações entre usuárias(os) e profissionais também são alvo do trabalho no grupo, por reafirmarem os sujeitos como objetos do cuidado. Isso implica uma circulação e uma valorização dos saberes no processo grupal, afirmando usuárias(os), e não apenas as(os) profissionais, como pessoas que têm trajetórias complexas de vida e saberes que podem ser compartilhadas.

A princípio, a ideia do grupo sugerido pelas(os) estudantes partia de um ensejo de reunir pessoas de uma mesma faixa etária que compartilhavam questões semelhantes. Nosso desafio era construir condições para um dispositivo aberto à participação de todas(os) presentes. A direção era manter disposição para construir junto com as participantes o movimento e sentido do grupo. Havia o desafio de assumir a imprevisibilidade do encontro, possibilitando desvios às práticas e noções instituídas. Tais exercícios são compartilhados no diário de pesquisa:

"Hoje recebo as(os) estudantes que irão participar do grupo comigo. Essa é a primeira subturma que dará continuidade ao grupo, que iniciou há três semanas. Por se apresentarem de maneira mais interessada, me sinto mais seguro de convidá-las(os) para esta atividade. Antes das usuárias chegarem, aproveito para introduzir o funcionamento do grupo. Digo para encararmos como exercício de escuta e atenção para as pessoas que estarão conosco. Neste grupo, em específico, tal exercício se intensifica, principalmente quando estamos com pessoas que, por vezes, falam baixo, devagar e repetem algumas falas. Adianto que o desafio é permanecer atento e presente, encontrar fios de interesses na conversa e esquecer o celular por uma hora.

Antes de começarmos, as(os) estudantes me perguntam se haveria alguma técnica de intervenção específica na condução do grupo. Digo que costumamos trabalhar com os assuntos que compareciam nas conversas, não somente das usuárias. Convido-os a não serem somente observadoras(es), mas participantes. Afirmo que o desafio está em 'olhar o todo, não só a doença', como repetido pela maioria das(os) estudantes em suas avaliações finais[51]*, na*

[51] A discussão sobre as avaliações será ampliada no Capítulo 9.

tentativa de encontrarmos nas sutilezas do cotidiano os diferentes modos de produzir saúde. Pode parecer banal, mas não é óbvio, afinal é o dia a dia que muitas vezes não comparece nos atendimentos por serem considerados desimportantes.

Já no grupo, após a apresentação de todas(os), Natalina (mulher parda, 73 anos e dona de casa) e Maria (mulher branca, 65 anos e dona de casa) dão boas-vindas à nova subturma e perguntam como estão. As(os) estudantes, meio desconcertadas(os), não esperavam uma pergunta dirigida a elas(es) logo de início. Um estudante respondeu que ficaria melhor se o seu time vencesse a partida que iria ocorrer à noite. O assunto futebol chamou a atenção de Maria, que também é botafoguense e assiste 'qualquer jogo que tiver passando', e rendeu comentários de Natalina, que é flamenguista e torce contra o Botafogo. Aos poucos a palavra circula e do futebol passamos para o assunto 'plantas', sem me lembrar exatamente como. Neste momento, Natalina, que cuida de um 'jardim enorme' em sua casa, compartilhou sua experiência e frustração com algumas plantas que não estão vingando. A fala circulou entre estudantes e usuárias, em meio às discordâncias futebolísticas, lembranças familiares e dicas de botânica e fitoterapia.

Após o encontro convidei as(os) estudantes a escreverem o registro do grupo no prontuário. No sistema eletrônico, descobrem a data de aniversário da Natalina, que será no final do mês, e propõem uma comemoração, oferecendo trazerem um bolo e uma orquídea, planta favorita dela. Por fim, partimos para a nossa caminhada pelo bairro, momento em que a conversa sobre as plantas continua, quando encontramos um pé de acerola plantado na orla do mangue" (Diário de pesquisa, 26 de outubro de 2022).

Nas orientações que realizava com as(os) estudantes, no primeiro dia que estariam com o grupo, havia uma intenção de provocar o lugar de especialistas que somos ensinados a ocupar, bem como o lugar de guia, constantemente demandado ao/à professor(a). Nessa direção, trabalhávamos com um manejo cogestivo, buscando propiciar a emergência de qualidades participativas, de modo que o trabalho da(o) manejador(a) não é de um(a) especialista que detém o saber sobre o grupo, mas visa acompanhar os processos grupais no exercício de uma gestão compartilhada. Para isso, há a necessidade de atenção à circulação da palavra e à descentralização da figura da(o) manejador(a), a fim de ampliar os graus de participação e autonomia (Melo; Schaeppi; Soares; Passos, 2015).

No primeiro dia de estágio das subturmas que estavam presentes no dia do grupo era comum que as(os) estudantes questionassem "*se haveria alguma técnica de intervenção específica*", se

deveríamos levar "*dinâmicas*"[52] prontas ou estudar temas para serem apresentados para as participantes. De maneira semelhante ao receio por estarem conduzindo os acolhimentos individuais, a falta de um protocolo ou um roteiro pré-estabelecido era momentaneamente entendida como um risco, pois algo poderia dar errado ou sair do controle.

Apesar de não haver nenhum impedimento quanto às "*dinâmicas*", ou alguma outra atividade a ser realizada com o grupo, consideramos que eventuais técnicas não seriam a finalidade dos encontros, mas poderiam funcionar como dispositivos a serem pensados no coletivo. O convite para uma conversa aberta visava possibilitar uma outra postura de escuta, sem o intermédio de roteiros pré-fabricados que pouco conversam com a experiência das participantes e limitam o funcionamento do grupo a uma profilaxia de saúde mental. Havia uma convocação ao trabalho com o que acontece no momento do encontro e ao exercício do improviso, que pode ser temeroso, tendo em vista os automatismos presentes na escuta protocolar ensinada na formação médica. Tal postura não está dada e nem emerge de maneira espontânea, mas demanda um trabalho coletivo de atenção aos processos em curso e de rigorosa presença (Barros; Kastrup, 2009).

Na perspectiva de um manejo cogestivo, os automatismos se referem a uma dimensão já consolidada da experiência, que se manifesta na repetição e na reafirmação de práticas instituídas, como da(o) médica(o) que prescreve, da(o) usuária(o) que deve tomar um remédio, fazer atividade física ou participar de um grupo. Porém, quando o imprevisto se faz presente, os automatismos são abalados, podendo haver iniciativas que buscam retomar certo controle ou dar passagem a outras práticas (Melo; Schaeppi; Soares; Passos, 2015).

O grupo convocava ao exercício de não tomar o imprevisto e os possíveis dissensos como erros ou questões a serem evitadas, mas como parte do processo grupal. A conversa, que não era guiada por um roteiro previamente pensado, provocou estranhamentos, como manifestado pelas(os) estudantes que "*não esperavam uma pergunta dirigida a eles logo de início*". Podemos considerar o desconcerto como efeito de intervenção no modo acostumado de nos relacionarmos como a(o) estudante-de-Medicina, o professor-psicólogo e as pacientes-idosas. Há, no desconforto, a possibilidade de descolar de uma suposta identidade para cada pessoa e

[52] O termo "dinâmica de grupo" se refere à popularização das teorias do psicólogo alemão Kurt Lewin. Dentre as ideias que se tornaram comuns, há a afirmação de que o grupo é mais do que a soma das partes, que a modificação de uma das partes modifica a estrutura grupal e que o grupo é irredutível aos indivíduos que o compõem. A noção de dinâmica foi inspirada pelo trabalho de Freud e diz sobre as relações dinâmicas entre os elementos que compõem o grupo e popularmente se tornou sinônimo de uma atividade grupal a ser realizada a fim de alcançar um objetivo específico (Benevides, 2007).

do grupo, afirmando a processualidade como parte do processo grupal e como via de produção de modos singulares de experiência (Benevides, 2007).

No exercício compartilhado desde o primeiro dia de estágio, e sustentado pela subturma, experienciamos uma condução que não estava centralizada no professor, mas na circulação da palavra "*em meio às discordâncias futebolísticas, lembranças familiares e dicas de botânica e fitoterapia*". As usuárias(as), ao longo dos encontros foram construindo com as outras pessoas a condução compartilhada do grupo, estavam à vontade para propor discussões e convidar as(os) estudantes a entrarem na roda, sem uma fala restrita a questões de saúde mental.

A abertura das usuárias a participarem da condução do grupo indicava a aproximação de um modo grupo-sujeito (Guattari, 2004), possível no exercício coletivo, que tem a transversalidade como dimensão a ser ampliada. Na direção que assumimos, a transversalidade remete à ampliação de graus de comunicação em diferentes sentidos, que não se restringe à verticalidade hierarquizante ou a uma horizontalidade que homogeneíza. Como afirmado por Félix Guattari (2004), é como um "ajuste das viseiras" que possibilita ampliar o campo de visão do grupo, ao perceber/intervir nas relações institucionais e seus atravessamentos para além de interpretações psicológicas e comportamentais. Tal movimento é possível quando o grupo se coloca na direção de assumir o sentido de sua prática. Como efeito, o estar em grupo demanda a sustentação da possibilidade de se diferenciar à medida em que os movimentos do grupo produzem interferências nas identidades instituídas.

Esse modo de funcionar foi potencializado a cada nova subturma que era recebida pelas usuárias e a cada nova participante que comparecia no grupo, como no semestre seguinte:

"Essa semana tem sido a finalização do primeiro ciclo de estágio do semestre. As(os) estudantes estão muito estressadas(os), ansiosas(os) e dispersas(os), pois é a semana de avaliação em todos os estágios e disciplinas teóricas. Todo momento livre é aproveitado para ler as matérias das provas, falar das dúvidas e dos erros cometidos nas avaliações. Diante de tamanho estresse, focamos na finalização do ciclo de estágio, até para que eles possam ter mais tempo livre no dia para estudar. Hoje, além da avaliação final, é dia do grupo. Eu temia um pouco a dispersão, mas pelo contrário, senti uma conexão bastante forte entre as participantes e as(os) estudantes neste dia de encerramento.

Na semana anterior, uma nova participante, Joana (mulher branca, 60 anos e faxineira), compareceu no grupo. Ela estava vivenciando um momento difícil em sua vida devido a um

conflito de anos com o seu filho. Foi encaminhada pelo psiquiatra da mesma faculdade que também realiza o estágio naquela UBS. Percebi que sua presença foi acolhida pelas outras participantes, ao colocar na roda assuntos tão difíceis. Dona Bené (mulher preta, 65 anos e aposentada), uma senhora que sempre manda o 'papo reto', fez colocações sobre a relação de Joana com o filho, inspiradas em suas experiências que, naquele momento, não estavam localizadas nas minhas falas ou nas(nos) estudantes. Era como se o grupo tomasse outra forma, outro movimento, menos concentrado nas(os) 'profissionais' da saúde. Em meio ao acolhimento e à convocação a uma mudança de posicionamento, a palavra circulava e exercitamos sustentar aquele processo, escutando sem interferir.

Dona Bené também trouxe, na semana passada, sua relação com a música, agora que ganhou de presente uma 'caixinha de som que fala', que funciona com inteligência artificial. Diz gostar muito de dançar e passa horas do dia ouvindo todos os tipos de música, desde o gospel ao piseiro. Ela também reforçou que trata a caixinha com educação, mas às vezes perde a paciência. A fala de Bené provocou no grupo o movimento de compartilhar aquelas que têm sido as músicas mais escutadas por cada um(a). Uma das estudantes propôs que a atividade na última semana do estágio fosse que cada um compartilhasse as suas músicas favoritas e trouxe sua 'caixinha de som que fala'. Entre as músicas das participantes e das(os) estudantes, momentos de alegria, de lembranças e de choro.

Em dois momentos, as músicas foram interrompidas por ligações no celular de duas participantes. Elas atenderam o telefone na roda e disseram que não poderiam falar, pois estavam 'no médico'. Aquelas cenas nos chamaram a atenção, pois naquele momento um forró tocava ao fundo e todas estavam rindo.

Ao final do grupo, as(os) estudantes se despediram com abraços e tiramos uma foto. Algumas participantes, emocionadas, perguntavam se elas(es) não viriam mais. Respondemos que eu ficaria, mas que um novo grupo iria estar com elas na semana seguinte. Esse é um desafio que esse modelo de estágio nos coloca, mas que estamos sustentando todas(os) juntas(os), usuárias, professor e estudantes.

Após o grupo, conversei com as(os) estudantes sobre como 'ir ao médico' pode ser papear e ouvir música. Afinal, o que produz saúde? Conversar e ouvir música não é trabalho de médica(o)? Uma das estudantes disse que falar da vida é o que fazemos ali. Mas a vida tem cabido no consultório?" (Diário de pesquisa, 22 de março de 2023).

O grupo, que a princípio começou com um convite das(os) estudantes no contexto de um estágio supervisionado por um professor-psicólogo, não tinha o objetivo de permanecer centralizado nas intervenções das(os) profissionais da saúde. O exercício do manejo cogestivo visava possibilitar que as usuárias também compartilhassem o manejo grupal, seja nas intervenções de Bené direcionadas à Joana, ou quando as(os) estudantes também se apropriaram do grupo como participantes, como no caso da caixinha de som.

Em meio às conversas sobre os cotidianos de cada um(a), permeado de alegrias e dificuldades que atravessam a vida, falamos de futebol e compartilhamos nossas músicas favoritas. Não havia a pretensão de tomar o grupo como espaço de interpretação de questões individuais ou da descoberta de significados ocultos, mas de trabalhar com a superfície do encontro, ampliando conexões e agenciamentos que permitissem derivar das identidades instituídas que supostamente constituem o grupo (Benevides, 2007).

A resposta "*estou no médico*" dada pela usuária na ligação telefônica anuncia uma prática instituinte de produção de saúde, possível no ouvir música e na conversa sobre a vida, um modo que costuma não caber nos consultórios, como experienciado por Tereza (Bonaldi; Barros, 2019). Nessa direção, havia o esforço de considerarmos as relações de saber-poder que atravessam a Medicina e a Psicologia no contexto dos serviços de saúde. As práticas de acolhimento, quando encapsuladas em valores morais, hierarquizantes e prescritos, têm como efeito a tutela das(os) usuárias(os) justificada por um bom cuidado que regula a vida em função de um modo pré-determinado de como ter uma vida saudável, tomando a saúde como estado imutável a ser alcançado por um indivíduo (Neves; Heckert, 2010).

Questionamos os binarismos produzidos nos discursos e nas práticas da racionalidade médica cartesiana e colonizadora, que tende a considerar a saúde como um estado oposto à doença. Na perspectiva instituída do saber médico, as técnicas e protocolos são vias de garantir que o indivíduo alcance esse estado idealizado, com centralidade no funcionamento ideal do corpo biológico. Por outro lado, o médico e filósofo Georges Canguilhem (2009) aponta a saúde não como estado, mas como movimento, em um processo permanente de construção, que pode persistir ainda que existam doenças no corpo biológico. Nessa perspectiva, a saúde é a capacidade de construção de novos caminhos, de rever modos de funcionamento, de modificar as regras, ideias e relações. É um exercício de autonomia, que segue por caminhos imprevisíveis ao considerar a singularidade de cada processo.

Nesse sentido, assumimos a possibilidade de encontro com o que, a princípio, está presente como alteridade. Em meio à palavra que circula, "[...] [a]lgo aí está em vias de fazer-se, liberam-se processos. E esse algo por fazer-se, não se sabe bem para onde vai, nem no que vai dar." (Melo; Schaeppi; Soares; Passos, 2015, p. 246). Quando Bené manda o "*papo reto*" para Joana, ela traz uma dimensão comum para o problema compartilhado: não se trata de uma questão individual, ela ressoa em questões vivenciadas por outras mães que partilham o grupo. Assim como no convite para partilharmos nossas músicas, outros modos de ser Joana e Bené aparecem na partilha de lembranças e histórias, momento em que outros posicionamentos são possíveis. Nessa produção imprevisível, o grupo pode ser lugar de passagem de matérias de expressão que singularizam, permitindo a desindividualização das questões, sua restituição ao coletivo e a abertura de fissuras no modo-indivíduo hegemônico, possibilitando a produção de subjetividades outras (Benevides, 2007).

Tais fissuras reverberam para além do grupo, intervindo na percepção de fechamento que, por vezes, nos tomavam no cotidiano dos estágios. Vejamos o seguinte diário:

"No dia de hoje encerramos o ciclo de mais uma subturma que passou pelo grupo. Faz tempo que não produzo diários, talvez porque tenho me sentido um tanto desanimado com o trabalho. Os últimos encontros com as subturmas, a meu ver, foram difíceis, pois percebia muito desinteresse e distanciamento. Era difícil produzir discussões, ampliar conversas e analisar acontecimentos durante os dias de estágio. A sensação era de que as(os) estudantes esperavam ordens a serem cumpridas para que pudessem concluir mais uma etapa obrigatória da formação. Porém, hoje me senti mobilizado a escrever diante de acontecimentos que produziram calor e reverberações que não gostaria que se perdessem na correria dos dias.

Em meio aos encontros, que senti atravessados por frieza neste período, me chamou atenção os estudantes de quarta-feira em seu encontro com o grupo (agora chamado de 'Grupo da primeira idade'). A chegada dos estudantes me fez temer o desenrolar das atividades, tendo em vista a dificuldade que percebi de abertura à conversa nas subturmas compostas somente por homens. Para surpresa minha, eles se mostraram disponíveis a conversar com as senhoras e a participarem do grupo não somente como observadores, postura esta que alguns estudantes assumem. Não deixo de notar um encontro singular entre as participantes do grupo, um tanto 'devotas' e um tanto 'vovós', com esses rapazes estudantes de Medicina, um tanto 'marrentos' e um tanto 'playboys'. Identidades e estereótipos que não dão conta daquilo que se produz no encontro.

Destaco alguns acontecimentos que produziram reverberações que seguirão conosco, mesmo com o encerramento do estágio para esta subturma. No penúltimo encontro do grupo, um dos estudantes, com jeito meio 'surfista', propôs um momento de alongamento antes de começarmos as nossas conversas. Dona Bené, a mais falante, disse que a proposta veio em bom momento, pois estava cansada de tanto 'tititi' e queria mais movimento. Diante da proposta, as outras participantes não deixaram de implicar com Maria, que iria gostar de ficar um pouco em pé, já que não tem paciência de ficar mais de meia hora sentada e se levanta independente do que esteja acontecendo, tomando seu rumo para casa. Maria concorda e diz que até com o futebol que gosta tanto de assistir, prefere ver em pé enquanto faz outras coisas. Também lembra que costuma sair de casa umas quatro vezes por dia, nem que seja para olhar as lojas na rua.

Na semana passada, outro estudante provocou ao grupo pensar em um nome, já que a gente sempre diz 'o grupo'. Mas, afinal, já estamos completando um ano de existência... Que grupo é esse? Grupo de quê? Bené diz que na semana passada faltou e sentiu falta do 'seu povo'. Mas que povo é esse que se encontra toda semana na unidade de saúde pra ficar de 'tititi'?

O desafio foi aceito pelo grupo e hoje foi o momento de fazermos a escolha do nome. Hoje, especialmente, Bené chegou dizendo ser uma pessoa 'enjoada'. Tem suas manias, suas 'chatices'. Maria diz que todos têm, cada um de um jeito. Aproveitamos para compartilharmos um pouco os nossos 'enjoamentos', muitos do universo doméstico, que veio com histórias de vida. Vilmara (mulher negra, 60 anos e aposentada) não deixou de pontuar que, mesmo com muitas limitações financeiras em sua infância, sua mãe queria que os lençóis de 'pano de chão' estivessem branquinhos, mania que nunca perdeu. Para outras, um tanto de coisa que foi herdada daqueles que cuidaram de nós, outro tanto que abandonamos por não fazerem mais sentido. Um dos estudantes compartilhou o modo como lava as suas roupas, deixando Bené indignada, a ponto de gerar mobilização de diversas dicas no grupo. Antes de decidirmos o nome, um aviso aos estudantes: 'Aí de vocês se forem me atender no futuro e eu ver esses sapatos sujos e essas roupas amassadas!'.

Depois desse momento, passamos para a escolha do nome do grupo. Joana trouxe uma lista com alguns nomes, todos pensados por ela, dizendo que fez o 'dever de casa' proposto na semana anterior. 'Sol maior', 'Estrela do mar', 'Irmãs de fé'. Eu aproveitei e coloquei uma sugestão. Tinha pensado em 'Grupo das meninas', ressaltando a jovialidade das participantes, independentemente da idade que elas tenham. Bené diz que pensou em 'Grupo da primeira

idade', apresentando duas justificativas: a primeira é que diante das últimas notícias sobre a guerra na Faixa de Gaza, vê que muitas pessoas sequer chegam a completar 30 anos (esse momento que ela chama de 'primeira idade'). Já a segunda é porque ela vê que seu corpo envelheceu, mas que segue com a mesma energia que tinha quando era mais nova. Ela disse que vê essa energia no grupo, até pelo encontro com as(os) estudantes, que ainda estão na 'juventude'. Feitas as exposições, o grupo decidiu pelo nome proposto por Bené, por ser uma proposta que incluía todos as(os) participantes.

Ao final do dia de hoje, não podia faltar o alongamento, agora uma atividade que será fixa no grupo, por demanda das participantes. Encerramos com uma confraternização para a despedida dos estudantes, compartilhando um lanche que também se estendeu a outras trabalhadoras da UBS. Voltamos para casa cheios de comida e de afetações. O dia se encerrou com abraços de despedida e parecia que as participantes já estavam acostumadas com o vai e vem das(os) estudantes.

Esse calor do encontro de hoje, que tentei brevemente registrar nesta escrita, me fez reacender um questionamento que faz parte da pesquisa que segue comigo, mesmo que em meio à rotina pareça um pouco distante. Não consigo mensurar os efeitos dos encontros com o Grupo da Primeira Idade na formação das(os) estudantes, mas penso que em meio ao nosso 'tititi' podemos encontrar algumas pistas. No momento, me apego ao calor para acolher a próxima turma, tarefa que compartilho com as participantes no convite para a próxima semana e que elas aceitaram com muita disponibilidade" (Diário de pesquisa, 18 de outubro de 2023).

Um ano após o início do grupo, era possível perceber que alguns movimentos não dependiam mais da minha iniciativa no lugar de professor-psicólogo. Perceber o exercício do manejo cogestivo com as participantes não dizia somente sobre o alívio de não me sentir sozinho na sustentação dos encontros, mas a possibilidade de experienciar a imprevisibilidade junto com as(os) estudantes e de intervir nos automatismos que atravessam nossas práticas como professoras(es) e profissionais da saúde em formação. O "vai e vem" das subturmas, que a princípio pareceu ser um dificultador para o funcionamento do grupo, permitiu a descentralização das estudantes da função de manejadoras(es), possibilitando movimentos de cogestão entre as usuárias.

Na perspectiva que buscamos exercitar, a contração da grupalidade é índice que pode ser acessado nos momentos em que "um grupo começa a funcionar como grupo" (Melo; Schaeppi; Soares; Passos, 2015, p. 239). Tomamos o "*tititi*" que circula não como uma entrevista ou

palestra de educação em saúde, mas como conversa que extrapola os limites do que é instituído como saber, como os "*enjoamentos*" partilhados. Afirmamos que nas conversas aparentemente aleatórias há a possibilidade de reposicionamento e de outros modos de formação.

No encontro entre os estudantes e as participantes, há o atravessamento de questões que vão além das diferenças etárias. A maioria das mulheres que participaram do Grupo da Primeira Idade eram negras, nascidas no interior e não concluíram a educação básica. Ao longo de suas vidas trabalharam como faxineiras e auxiliares de serviços gerais até se aposentarem ou viveram como donas de casa. Nas histórias partilhadas por elas, há a presença do cuidado como zelo, localizado na figura da mulher que se dedica a deixar os "*lençóis branquinhos*", que cuida das plantas, da limpeza da casa, alimenta e dá banho nas(os) netas(os) quando as(os) filhas(os) estão trabalhando. Naquele mesmo grupo, os estudantes eram homens brancos, de classe média alta, estavam estudando em um estabelecimento de ensino particular com apoio financeiro da família e pouco se preocupavam com a forma que as roupas eram lavadas ou como a comida era preparada.

Ainda que em uma aparente distância, o "*tititi*" e a proposição do alongamento possibilitou aproximações entre os "*playboys*" e "*vovós*" que, a princípio, são tomados como formas encerradas em si mesmas e distantes entre si (Machado, 2023). Naquele momento de interesse partilhado, fissuras eram possíveis, possibilitando outros sentidos para o grupo, que derivou da experiência de um grupo da terceira idade cuidado pelos estudantes de Medicina. Como situação analisadora, a escolha do nome escancara a recusa ao lugar instituído da(o) idosa(o), produzindo efeitos não somente nas usuárias, mas nos modos como estudantes e professor se relacionam com aquelas que um dia foram tomadas como idosas-necessitadas-de-atenção. O nome Grupo da Primeira Idade anuncia que "*playboys*" e "*vovós*", ainda que com histórias de vida muito distintas, podem não ser tão distantes como parecem e que essas identidades não dão conta das vidas que estão presentes em vias de produção.

Consideramos tais movimentos de aproximação como gestos que não ocorrem em função de uma prescrição, mas como efeito do grupo como dispositivo de cuidado e do dispositivo grupal compartilhado com as(os) participantes. O dispositivo "Acolhimento", na forma do grupo, surgiu como possibilidade de reduzir distâncias que podem ser produzidas em função dos etarismos, do racismo, do machismo e das hierarquias historicamente institucionalizadas na relação médica(o)-paciente. Nesse sentido, podemos considerar o cuidado não como o objetivo a ser alcançado pela participação no grupo, direcionado a um indivíduo, mas como exercício de

cogestão, possível no coletivo. Tal movimento tem como efeito a emergência de outros modos de subjetivação e de produção de saúde.

Na presença no grupo, durante as seis semanas de estágio, afirmamos o exercício do acolhimento como "processo de passagens, diferente de um lugar, de uma técnica" (Neves; Herckert, 2010, p. 164), feito de escuta, de interesse e de corresponsabilização do cuidado. Há, na passagem por esse tempo-espaço compartilhado entre estudantes, usuárias e professor, a experimentação de movimentos que nos levam a problematizar o que se passa com a vida, mais do que encontrar respostas prontas, receitas e protocolos.

Quando retomamos os movimentos que possibilitaram a proposição do grupo em meio às atividades de acolhimento individual e leitura dos encaminhamentos, afirmamos uma prática que implica um regime de afetabilidade, construído a cada encontro e nos encontros, para além do gerenciamento de uma demanda em saúde (Neves; Herckert, 2010). Não negamos, entretanto, os efeitos do acolhimento no acesso à saúde como serviço dentro de uma política pública. Consideramos, porém, o dispositivo "Acolhimento" como possibilidade de ampliação da participação nos processos de cuidado, possível de romper as hierarquias e distanciamentos produzidos em meios às relações de saber-poder.

9 DISPOSITIVO AVALIAÇÃO: PROBLEMATIZANDO AS METODOLOGIAS ATIVAS

As disciplinas teóricas e o Estágio em Humanidades Médicas seguiam os modelos de avaliação previamente estabelecidos pelo estabelecimento de ensino onde a presente pesquisa foi realizada. Especificamente, somente o curso de Medicina funcionava baseado no método *Team Based Learning* (TBL), com uma estrutura modular, dividido em disciplinas que poderiam durar de um a três módulos, com seis semanas cada.

Cada módulo era composto por três provas objetivas e uma prova discursiva, sendo que não era permitido outro formato de avaliação. Cada professor(a) era responsável por elaborar as questões objetivas e discursivas referentes às suas disciplinas, totalizando em média 45 questões objetivas e nove discursivas por semestre e por professor(a). As provas eram aplicadas em conjunto em um único dia, sendo que as objetivas eram corrigidas no computador, enquanto as discursivas eram corrigidas por cada professor(a). Todo o processo de produção, incluindo o cadastro das questões em uma plataforma digital, era administrado pelas(os) professoras(es) em seu tempo fora da sala de aula. Devido ao grande volume de provas e questões a serem produzidas, era comum que o tempo remunerado pelo estabelecimento de ensino para o planejamento das disciplinas fosse extrapolado, definido em 15 minutos a cada aula de uma hora e meia.

Nas disciplinas de estágio, as avaliações tinham outro formato e a nota final era dividida em dois tipos de avaliação. Uma era denominada “verificação de habilidades”, com questionário a ser respondido pelo(a) professor(a) ao final de cada dia e outra era a “avaliação final”, realizada no último dia do estágio. Para os demais ambulatórios, tanto a verificação de habilidades quanto a avaliação final consistiam na observação da conduta das(os) estudantes no contexto do atendimento, assim como os seus conhecimentos técnicos, de maneira objetiva. Esse formato provocou um movimento por parte das(os) professoras(es) de Humanidades Médicas de realizarem adaptações com o intuito de aproximar as avaliações da proposta do estágio. Por vezes, as modificações eram questionadas pela coordenação do curso por não seguirem o modelo pré-determinado.

Em meio ao esforço se encaixar em tais modelos, alguns modos de produzir avaliação foram inventados, desmontados e remontados a cada mudança de subturma, na tentativa de construir avaliações menos distanciadas da experiência do estágio. Como exemplo, em relação à

verificação de habilidades, a proposta não seria avaliar a técnica de atendimento, mas acompanhar a participação nas diferentes atividades do estágio, considerando as diretrizes da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008). Buscamos, ainda que com todas as limitações de uma avaliação objetiva, propor a noção de escuta qualificada, acolhimento e clínica ampliada por meio de gestos a serem exercitados no estágio, como interesse, disponibilidade, presença e atenção (Bondía, 2002).

Em relação às avaliações finais, diversos formatos foram experimentados, como uma avaliação oral que relacionasse a experiência do estágio com alguma bibliografia; uma avaliação escrita que propunha a articulação de situações analisadoras do estágio com a história de Tereza[53] (Bonaldi; Barros, 2019); ou uma avaliação escrita que colocasse em análise documentos orientadores da secretaria municipal de saúde com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2008). De todo o modo, no momento das avaliações finais havia uma sensação de estranheza, seja por parte das(os) estudantes, que estavam acostumados com o formato dos outros estágios, ou por parte das(os) professoras(es), pela sensação de redução da experiência do estágio em uma prova que não conversava com os outros dispositivos propostos. Por outro lado, a avaliação final também tinha efeitos diversos e operava como dispositivo disparador para o compartilhamento da experiência do estágio:

"Na avaliação final de hoje, busquei conversar com as(os) estudantes sobre o estágio de Humanidades. Pedi para que respondessem à pergunta: 'como a experiência do estágio contribuiu para o exercício de humanização da sua prática?', em articulação com alguma atividade realizada e com os conceitos que discutimos ao longo dos dias de estágio a partir da Política Nacional de Humanização. O estudante P. disse que a atividade que mais lhe chamou atenção foram os diários. Em suas palavras, ele disse que o estágio foi 'o que mais falei e participei', como um espaço de expressão, e viu a 'possibilidade de escrever e compartilhar os diários, além de poder ter um espaço de conversa semanal que raramente acontece em meio às atividades da graduação'. Ele também disse que nos outros estágios é 'bem calado', até porque evita se colocar diante das questões técnicas que ele tem pouca familiaridade, preferindo permanecer como 'ouvinte'.

[53] Menção ao Capítulo 6 do livro "Cachaça, suores, amores: deuses que dançam e processos de formação", denominado "Hospital-escola?!: o passeio de Tereza" (Bonaldi; Barros, 2019), lido em conjunto com as(os) estudantes no primeiro dia do estágio. O dispositivo "Leitura da História de Tereza" é compartilhado no Capítulo 5 da tese.

Já a estudante B. admite um 'preconceito' ao saber que faria o Estágio de Humanidades Médicas e se perguntava 'o que vou fazer toda semana lá? Já temos tanta coisa pra fazer durante a semana e ainda temos que ir para esse estágio?'. Entretanto, ela compartilha que o seu maior impacto foi perceber que a 'empatia' não é espontânea, mas necessita de esforço, presença e interesse nas histórias que são compartilhadas pelas pessoas que atendemos. Ela diz que está percebendo que contemplar e ouvir tem efeitos interessantes, já que a permite 'sentir antes de reagir'. Não consigo deixar de pensar, a partir da fala de B., que mesmo diante de tanto fechamento com o início do estágio, algo se passou e permitiu dar lugar a outras afetações. Não é possível mensurar essas pequenas aberturas, que são da ordem dos encontros e nem sequer são planejadas, mas indicam efeitos na formação" (Diário de pesquisa, 13 de junho de 2023).

Nas conversas disparadas pelo dispositivo de avaliação, surgiam possibilidades de acessarmos os efeitos dos demais dispositivos do estágio, assim como pensar em possíveis mudanças nas atividades para as subturmas que ainda passariam pela UBS. Em meio às inseguranças que me tomavam no lugar de professor-psicólogo, por vezes demasiadamente atravessado pela encomenda humanizadora e com dúvidas sobre o funcionamento dos dispositivos propostos, havia a possibilidade de acessar "*algo que se passou*" naquelas seis semanas de encontros. Algo que não era da ordem do bom ou do ruim, do melhor ou do pior, ou do que poderia ser mensurado em termos de nota, mas que indicava a potência de afetar e ser afetado, intervindo nos modos como nos formamos estudantes, professor, médica(os) e sujeitos.

Ainda que dentro de uma formatação pré-definida pelo estabelecimento de ensino, havia a possibilidade de acesso à formação em sua direção ética, não reduzida à aquisição do diploma (César, 2013). Era comum encerrarmos o estágio com a sensação de desacomodamento, de algo que havia se deslocado, como linhas maleáveis que produzem pequenas fissuras na rigidez das práticas instituídas (Deleuze; Guattari, 1995). Essas percepções possibilitaram seguir apostando nos dispositivos construídos no estágio e na recepção das próximas subturmas que estavam por vir.

Como compartilhado pelas(os) estudantes, havia a possibilidade de sair do lugar de "*ouvinte*" e do lugar de saber, que nos faz reagir antes de "*sentir*", colocando em análise nossas implicações nos processos de formação. Tais percepções não eram simples de serem acessadas e compartilhadas em meio a "*tanta coisa pra fazer durante a semana*", sensação que

atravessava estudantes e professoras(es) nas disciplinas teóricas e estágios, tendo em vista a carga horária extensa e o volume de avaliações.

O modo produtivista limitava as possibilidades de pensarmos sobre os processos de formação e se intensificava nas semanas de avaliações. Ao final do ciclo de estágio, era visível o aumento do estresse das(os) estudantes, que chegavam na UBS com os seus resumos, usando cada minuto livre para conversarem sobre alguma matéria que iria cair na prova. Por vezes, me pediam para encerrar o estágio mais cedo, para que tivessem mais tempo de estudar para as provas que iriam ocorrer, ou não compareciam ao último dia, ainda que perdessem a avaliação final do estágio. A prova era um analisador (Lourau, 2004a) que expunha o modo de funcionar do curso e comparecia nos diários reflexivos. Vejamos a escrita da estudante A.:

"Nesse último diário, eu decidi falar sobre PROVAS. Bom, desde que eu entrei na faculdade eu sinto que eu estudo para fazer provas, parece que eu pisco o olho e já é sexta-feira de novo e tem mais uma prova, sem contar as provas práticas. Isso não é uma questão somente entre os alunos, mas também entre os professores que sempre falam que tem que fazer mais tantas questões sobre tal assunto e não sabem mais o que perguntar. No início da faculdade não foi tão fácil se adaptar a essa rotina de provas e até hoje não, sendo sincera. Sem falar do fato de ser extremamente desgastante e exaustivo. Bom, quando recebemos uma nota boa é extremamente gratificante e conseguimos ver que todo esforço valeu a pena. Entretanto, quando recebemos uma nota ruim, que não foi por falta de estudar, é perturbador e destruidor, ainda mais quando o professor decide cobrar um assunto que é à exceção do rodapé e que não avalia o conhecimento de ninguém. Infelizmente, isso gera um sentimento tão grande de insuficiência, porém nós precisamos de um rótulo para sermos aprovados. Não sei até onde o argumento de que provas não medem conhecimento consegue se sustentar, já que somos diariamente avaliados por números e sem eles não somos suficientes. Só que a contradição disso tudo é que eles não medem a nossa capacidade de sermos humanos, empáticos e amáveis. Na verdade, nas avaliações nos ambulatórios, nós também somos classificados em números e também precisamos de um rótulo para sermos aprovados. Tudo se resume em notas...?" (Diário reflexivo da estudante A., 25 de abril de 2023).

A escrita de A., atravessada por um exercício de problematização, nos fez pensar sobre as noções de "formação" e "educação" instituídas e que moldam as grades curriculares e métodos dos cursos de graduação em diferentes estabelecimentos de ensino. No dia em que esse diário foi compartilhado coletivamente, uma das estudantes afirma que "*a faculdade nos prepara para*

fazer provas e não para trabalhar", ao se lembrar que nas semanas de provas há o costume de se faltar ao estágio, esvaziando os campos que ficam sem um momento de encerramento com professoras(es) e usuárias(os). As estudantes também afirmam que é comum se sentirem incapazes devido às notas baixas, o que as faz pensar que não serão boas profissionais quando finalizarem a graduação. Como efeito, observamos que as avaliações que pretendiam avaliar os conhecimentos das(os) estudantes de maneira objetiva produziam objetificação ao classificar as pessoas em função das suas notas.

Quando o analisador "prova" aparecia, a conversa com as(os) estudantes tendia ao caminho de pensar a saúde mental da(o) estudante de Medicina, com diversas críticas ao estabelecimento de ensino. Esse último, para sanar o problema, oferecia um aplicativo de celular com o "Questionário de Felicidade", composto por quatro perguntas objetivas no começo e ao final de cada semestre, além de utilizar óleos essenciais na sala das provas para acalmar as(os) estudantes. Tais ações buscavam soluções individualizadas, como se o problema do estresse na semana de provas fosse uma reação individual de cada pessoa e independente do contexto, limitando as possibilidades de intervenção nas práticas da formação e nos processos de produção de adoecimento.

Paradoxalmente, desde a contratação como professor-psicólogo, nas reuniões da coordenação do curso com as(os) professoras(es), ouvia dizer que a escolha do método TBL era justificada como um meio de incentivar a autonomia e a participação das(os) estudantes, através das Metodologias Ativas. Era comum que tais metodologias fossem colocadas no lugar de inovação em comparação com os métodos tradicionais, como uma garantia de que o processo de aprendizado seria mais eficaz.

Naquele momento a mudança do currículo era recente e estava alinhada com a orientação prevista nas DCNs[54]:

> [o] Curso de Graduação em Medicina deverá utilizar metodologias ativas e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, bem como desenvolver instrumentos que verifiquem a estrutura, os processos e os resultados, em consonância com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) e com a dinâmica curricular definidos pela IES em que for implantado e desenvolvido (Brasil, 2014a, p. 11).

No momento em que estavam sendo contratadas(os) as(os) primeiras(os) professoras(es)-psicólogas(os) para as disciplinas de Humanidades Médicas, embora os discursos sobre as

[54] A discussão sobre as DCNs é ampliada no Capítulo 3.

Metodologias Ativas as apresentassem como solução inovadora, percebia-se de forma paradoxal que, mesmo com sua aplicação, muitas dificuldades persistiam de modo semelhante às dos métodos tradicionais. O discurso apelativo sobre as Metodologias Ativas, tomadas como panaceia para as dificuldades no processo de aprendizado, me remeteram à época quando participei no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde), em 2019, como graduando. Naquele momento, pude ter contato com professoras(es) e estudantes dos cursos da saúde, que apresentavam as Metodologias Ativas como uma novidade e um meio de aumentar a autonomia e incentivar a participação dos estudantes, supostamente melhorando a qualidade das atividades propostas.

Apesar da aparente inovação, podemos encontrar a defesa de Metodologias Ativas em discussões ocorridas há mais de 100 anos, como no movimento estadunidense da "Escola Nova", no final do século XIX, como método experimental. No Brasil, esse movimento se tornou referência pedagógica na década de 1930 para membros da Associação Brasileira de Educação, responsável por estruturar a política educacional brasileira no contexto da urbanização e industrialização incentivado na Era Vargas. Entre os princípios que foram inspirados pelo movimento da Escola Nova estadunidense, podemos citar a escola como obra social, que promove a convivência entre pessoas de realidades diferentes, a laicidade, a gratuidade, a obrigatoriedade, sendo a família e o Estado os eixos de orientação. Em meio a propostas pedagógicas para a política educacional brasileira que estavam em disputa naquele período, como o pensamento liberal, o católico, o integralista ou o comunista, prevaleceu o ideário liberal associado à filosofia da Escola Nova, focada na ascensão individual através da educação como motor para o crescimento econômico (Vane, 2019).

Na década de 1960, o pensamento estadunidense também foi forte influenciador na educação brasileira, através da reforma universitária ocorrida em meio à ditadura militar, que visou transformar as universidades em local de produção de mão de obra qualificada para impulsionar o desenvolvimento econômico do País (Franz; Rodrigues, 2021). Posteriormente, na década de 1980, com a institucionalização do neoliberalismo[55] na América Latina, ocorre o fortalecimento de uma democracia do consumo, baseada na defesa das liberdades individuais e na convocação

[55] O modelo neoliberal foi proposto no contexto do pós-guerra por economistas da Escola de Chicago, que produziram discursos orientadores para as políticas públicas estadunidenses e foram exportadas como modelo global, através das determinações de organismos como Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Este modelo impõe um padrão de introdução do capital financeiro internacional na economia dos países, a desregulamentação de leis trabalhistas, a redução das políticas estatais em detrimento do pagamento da dívida externa e a concessão de subsídios estatais aos exportadores para favorecer as relações do mercado internacional (Franz; Rodrigues, 2021).

à participação. Tais noções também atravessam a educação, tomada como produto a ser ofertado em um mercado educacional competitivo (Ball, 1995).

As políticas neoliberais se intensificaram no Brasil na década de 1990, resultando na tendência de privatização da educação, por meio do incentivo à abertura de estabelecimentos privados de ensino, de práticas que também atravessam a educação pública e da incorporação da lógica empresarial nos processos de formação (Franz; Rodrigues, 2021). Nesse contexto de expansão da lógica neoliberal, as Metodologias Ativas foram tomadas como inovação e possibilidade de tornar a educação um produto mais atrativo, através da adoção de métodos como TBL (*Team Based Learning*) e o PBL (*Problem Based Learning*).

Em relação ao Método TBL, ele foi desenvolvido na década de 1970 para os cursos de Administração em universidades estadunidenses com grandes turmas, visando proporcionar o benefício do trabalho com grupos menores. É considerado um método que pode substituir ou complementar o currículo de um curso, mesmo que coexista com outras metodologias (Masocatto; Couto; Matta; Porfirio, 2019). Na década de 2000, algumas universidades de ciências da saúde estadunidense receberam financiamento do governo para incorporarem o método TBL, especialmente as escolas médicas, de modo que a associação entre tal método com os cursos da área da saúde passou a ser frequente e exportada como modelo (Bollela; Senger; Tourinho, 2014).

Como objetivo, o método TBL propõe incentivar as(os) estudantes a uma preparação prévia de estudo para as atividades em sala de aula, sendo o(a) professor(a) considerado(a) um(a) instrutor(a) ou facilitador(a) dos tópicos a serem trabalhados. Entre as perspectivas que embasam e propagam esse método, defende-se que se trata de uma via para uma "aprendizagem ativa pelo aluno em detrimento da transmissão passiva e repetida de informações" (Masocatto; Couto; Matta; Porfirio, 2019, p. 111). Como fundamentação, o método TBL tem base no construtivismo e

> [...] a resolução de problemas é parte importante neste processo. Além disso, a vivência da aprendizagem e a consciência de seu processo (metacognição) são privilegiadas. Outra importante característica do construtivismo é a aprendizagem baseada no diálogo e na interação entre os alunos, o que contempla as habilidades de comunicação e trabalho colaborativo em equipes, que será necessária ao futuro profissional e responde às diretrizes curriculares nacionais brasileiras. Finalmente, o TBL permite a reflexão do aluno na e sobre a prática, o que leva às mudanças de raciocínios prévios (Bollela; Senger; Tourinho, 2014, p. 294).

Apesar da promessa de despir de autoritarismos e permitir a reflexão do aluno na e sobre a prática, podemos questionar quais práticas são problematizadas com a implementação de uma

metodologia ativa, como o método TBL. Numa perspectiva tradicional, refletir sobre a prática, é entendido como ação que a(o) estudante irá fazer quando estiver no seu campo de trabalho, de modo a resolver um problema do cotidiano profissional, no sentido de adquirir uma habilidade valorizada pelo mercado. Entretanto, essa direção não favorece, necessariamente, um pensamento crítico sobre os modos como nos formamos profissionais da saúde e sobre as práticas nos cotidianos da formação e do trabalho, permeadas por hierarquizações e autoritarismos.

Na perspectiva defendida pelo método TBL podemos encontrar uma lógica atravessada por noções instituídas que configuram as práticas de aprendizado como experiência de recognição (Kastrup, 1997), de modo similar às metodologias tradicionais. Nessa lógica, sujeito e objeto seguem tomados como polos prévios ao processo de conhecer, sendo a construção do conhecimento como um processamento de informações de um mundo já dado e a aprendizagem resumida ao acúmulo de informações, a fim de apresentar resultados e soluções. Há, no método TBL a expectativa de que o indivíduo, diante do seu contato prático com o mundo, irá encontrar meios de resolver os problemas colocados.

No contexto do estabelecimento de ensino onde ocorreu a presente pesquisa, o método TBL era organizado da seguinte forma: a bibliografia era disponibilizada no Ambiente Virtual de Aprendizado e deveria ser lida pela(o) estudante antes da aula. Algumas questões de múltipla escolha eram aplicadas no começo da aula, em uma plataforma online na qual o(a) professor(a) realizava o cadastro das questões que as(os) estudantes iriam acessar por meio de um aplicativo em sala de aula (chamado de “Teste de Verificação de Leitura”). Esse processo também ocorria com o teste aplicado ao final da aula, realizado em pequenos grupos sobre uma situação-problema ou caso clínico. Tais testes não contavam como nota para a disciplina, mas tinham função de trabalhar as dúvidas sobre a leitura prévia e incentivar a “reflexão do aluno na e sobre a prática” (Bollela; Senger; Tourinho, 2014, p. 294).

No caso das disciplinas teóricas, parte das(os) professoras(es) não seguiram o formato de aula proposto pelo método TBL, utilizando o tempo de uma hora e meia semanal para aulas com metodologia tradicional. Tal decisão se deu em função da falta de tempo e remuneração para produzir tantos questionários, além das avaliações obrigatórias, assim como pelo fato que a maioria das(os) estudantes não realizavam a leitura prévia dos textos disponibilizados no Ambiente Virtual de Aprendizado.

Também havia um tema em comum a ser trabalhado por todas as disciplinas, que era apresentado no começo da semana em momento chamado de "Sessão de Caso Clínico", e encerrado em outro momento específico ao final da semana, após as aulas. As(os) professoras(es) das disciplinas teóricas de Humanidades Médicas não participavam da discussão de caso, apesar de serem livres para fazê-lo, mas fora do seu horário remunerado de trabalho.

Nos momentos de discussão sobre os diários reflexivos, era comum as(os) estudantes se queixarem do método TBL como causa de todas as dificuldades que atravessavam o curso, principalmente em relação à necessidade de leitura prévia, que não era possível de ser realizada com o volume de provas e a carga horária de estágio. Nas reuniões de professoras(es), havia uma percepção generalizada do método pouco conversar com a realidade de carga horária dos estabelecimentos de ensino superior brasileiros. Outra questão é que o método era vendido como a solução para os problemas da aprendizagem passiva, sem uma discussão sobre as mudanças curriculares necessárias para o contexto local. Também havia poucos momentos de formação sobre o método, assim como a falta de participação das(os) professoras(es) e estudantes na sua construção.

Vejamos o diário de pesquisa:

"Hoje foi realizada uma reunião da coordenação pedagógica com parte das(os) professoras(es) do curso de Medicina para um 'alinhamento' sobre o método avaliativo do curso. No início da reunião, fomos introduzidas(os) a uma recapitulação do método, que é dividido em três áreas independentes: cognitivo, habilidade e atitude. O primeiro se refere às provas teóricas de caráter objetivo e discursivo, o segundo às avaliações realizadas nos campos de estágio e o terceiro sobre a postura da(o) estudante ao longo do curso. O desenrolar da reunião focou no segundo método, tendo em vista que as(os) professoras(es) estão em campos de estágio com especificidades. Me chamou atenção que fomos convocados repetidas vezes na reunião a pensar meios de deixar o método menos 'subjetivo', para que a nota final seja cada vez mais 'objetiva' em relação à técnica das(os) estudantes. Resumidamente, a coordenação queria uma nota que sofresse menos influências das nossas relações com os estudantes e que focasse mais na 'técnica' e na 'postura'. Ao longo da fala, foram citados artigos e estudos que testam esses métodos que estão sendo aplicados pela faculdade.

Durante o encontro, foi interessante ver que cada professor(a) expôs como adaptava as avaliações à realidade do seu campo de estágio e disciplina, tendo em vista as diversas

limitações dos questionários padronizados. As falas das(os) professoras(es) acabaram mostrando um lado muito mais 'subjetivo', mesmo em meio a questionários tão 'objetivos'. A sensação era que algo sempre escapa: 'as(os) estudantes compensam a falta de um estágio indo em outro', 'na avaliação modular a nota dos estágios é uma média da nota de todos os estágios, portanto a(o) estudante pode ir mal em um e bem em outro', 'precisamos conversar entre nós para garantir que os estudantes com desempenho questionável em um estágio não passem para o próximo módulo com uma boa nota'. Tais falas me trouxeram a sensação de tapar o sol com a peneira ou de enxugar gelo. Parecia uma grande obsessão de se construir um modo de avaliação que possibilitasse contornar as 'espertezas' das(os) estudantes, de cobrir as 'falhas' dos questionários, como se essas propostas não fossem falhas desde o começo.

De certo modo, a reunião foi uma oportunidade rara de encontrar com as(os) professoras(es) de outras disciplinas, momento que praticamente não existe na faculdade, tendo em vista que reuniões não fazem parte da nossa remuneração 'hora-aula'. Me deixou aliviado ver os questionamentos das(os) professoras(es), pois cheguei a pensar que essas dificuldades estavam presentes somente nas disciplinas de Humanidades Médicas. Porém, um tanto de frustração me tomou quando percebi que a proposta da reunião não era uma construção coletiva sobre os métodos do curso, mas apenas um 'repasse' da coordenação pedagógica para controlar as condutas das(os) professoras(es), sem dialogar com o cotidiano de cada disciplina. Ao final desse primeiro semestre me pergunto quais de fato são as 'inovações' dessas Metodologias Ativas, pois até o momento passamos a maior parte do tempo lidando com a produção e correção de avaliações, como qualquer outro método tradicional" (Diário de pesquisa, 12 de dezembro de 2022).

No contexto em que ocorreu a presente pesquisa, ainda que a estrutura do curso se pautasse do método TBL era possível observar práticas associadas a uma educação tradicional, baseada na aquisição de conteúdos, como o modelo de educação bancária (Freire, 2017), mesmo que a(o) estudante fosse convocada(o) a estudar por conta própria e as aulas não fossem necessariamente expositivas. Na busca incessante por uma metodologia melhor, não havia espaço para o pensar a formação, assim como se observava a naturalização da educação como acúmulo de informações para o mercado de trabalho e a associação entre objetividade e garantia de aprendizado. Apesar do questionamento sobre a forma tradicional de ensinar, práticas comuns aos modos disciplinares hierárquicos não estavam em questão, como o submetimento das(os) estudantes aos métodos avaliativos e das(os) professoras(es) às decisões da coordenação.

Em meio ao contexto de forte apelo à adoção das Metodologias Ativas, afirmamos como pertinente o questionamento e a discussão acerca do direcionamento ético-político do que é compreendido como aprendizagem e processo de formação (César, 2013). Podemos considerar as inovações vendidas no campo da educação não como evolução natural de descobertas que visam melhorar a qualidade do ensino, mas como efeito nos modos de gestão da vida, das populações, dos governos e do mercado que também atravessam os processos de formação. Como lógica fortemente presente nos países capitalistas desde a segunda metade do século XX, encontramos no neoliberalismo não somente um modelo econômico, mas um modo de funcionar capilarizado no cotidiano das relações e nas práticas que constituem as diferentes políticas de governo, como a educação (Foucault, 2008), introduzido através de violentos processos de colonização (Bento, 2022; Carneiro, 2023; Krenak, 2019; Lugones, 2014).

Especificamente em relação à educação superior, a noção de "universidade empreendedora" anuncia a presença da lógica neoliberal, na qual a universidade se torna fomentadora do empreendedorismo, com ações centradas no crescimento individual e na competição, baseada em critérios mercadológicos. Tal modelo é atravessado por um discurso neoliberal e de orientação empresarial, que tem o indivíduo empreendedor de si, seja este professor(a), estudante ou gestor(a), como agente fundamental (Franz; Rodrigues, 2021).

O modelo da universidade empreendedora faz parte de um processo de "capitalização do conhecimento", no qual o saber se torna um produto desejado em meio à competição do mercado. Tal processo produz mudança nos processos de formação, atravessando projetos de pesquisa e currículos. No discurso que embasa a universidade empreendedora, ela deve se orientar para a produção do conhecimento com valor econômico e social e como local para a produção de inovações, onde estudantes, professoras(es) e pesquisadoras(es) são considerados capital intelectual.

Considerando os efeitos no nível do currículo e da organização da estrutura educacional, nos atentamos aos modos pelos quais o neoliberalismo vem se consolidando como estilo de gestão e prática de produção de subjetividades nos espaços educacionais (Soler; Vaz; Raasch; Packer; Silva, 2022). A lógica neoliberal se intensifica nos processos de formação, de modo que não interessa apenas a aquisição de conhecimentos para o exercício de uma profissão, mas a produção de sujeitos para a expansão do capital.

A figura do *Homo oeconomicus*, apresentada por Foucault (2008), nos permite visibilizar os efeitos do modelo neoliberal nos processos de subjetivação. Na produção discursiva neoliberal

estadunidense, desde a década de 1970, propõe-se uma expansão do pensamento econômico para os processos não-econômicos para se decifrar as relações sociais e os comportamentos individuais em termos mercadológicos. Como efeito, as práticas passam a ser orientadas em função da lógica de mercado, como a ideia de "investir tempo", "ganhar conhecimento" e "desenvolver habilidades". Nessa direção, o indivíduo se torna governável[56] por meio de uma inteligibilidade econômica e se governa como empresa, em função da maximização das forças produtivas, da superação de si e do outro, tornando-se capital humano. Isso configura um modo empreendedor de si como padrão ideal de conduta.

Na relação com a educação, esse modo de se conduzir é fortalecido em processos de formação baseados nas dinâmicas do empreendedorismo, que transformam o indivíduo em produto a ser aprimorado em meio à capitalização da existência. Ao ser orientada por uma perspectiva econômica, a educação se torna um problema político no qual "o estudante deve, desde cedo, aprender a operar na sua própria existência a lógica do sistema financeiro, modulando-se, do ponto de vista subjetivo, às engrenagens dos dispositivos neoliberais de controle" (Soler; Vaz; Raasch; Packer; Silva, 2022, p. 8).

Tais modos, assentados nos ideais de liberdade e centrados no indivíduo, contribuem para a afirmação de um caráter ativo e individual dos processos de formação, alicerçado nas noções de esforço e mérito, disfarçando as tecnologias de controle que constituem as sociedades atuais e que ampliam o alcance do poder disciplinar (César, 2013). Como efeito, observamos uma forte convocação à participação, na forma de um engajamento individualizado e no apelo às Metodologias Ativas, colocando o indivíduo no lugar de cidadão-consumidor, que aparentemente se mostra como parte ativa nos processos de formação, mas reproduz verdades instituídas que movem uma máquina capitalística de produção e consumo.

Nesse contexto, a participação passa de demanda a imperativo, transformando o indivíduo em senhor de si e submetido à proatividade (Daros, 2020). De modo similar, a humanização é reduzida a uma habilidade individual a ser desenvolvida por técnicas que se propõem a atender bem a(o) paciente-cliente, tornando o produto educacional mais atraente para a(o) estudante-

[56] A noção de governo a partir da perspectiva apresentada por Foucault (2008; 2009) não se reduz aos modelos estatais de poder, mas por racionalidades que extrapolam o nível macropolítico e se capilarizam nas práticas. Neste sentido, governo é o tipo de relação que o sujeito estabelece consigo e com outro em meio às relações de poder. Nas palavras do autor, o conceito de governo não diz sobre o "(...) sentido estreito e atual de instância suprema de decisões executivas e administrativas em um sistema estatal, mas no sentido largo e antigo de mecanismos e procedimentos destinados a conduzir os homens, a dirigir a conduta dos homens, a conduzir a conduta dos homens" (Foucault, 2009, p. 20).

consumidor. Sendo assim, a lógica neoliberal fortalece a manutenção de práticas racistas, meritocráticas e excludentes de uma humanização colonizadora com a expectativa de um possível retorno financeiro, distanciando a possibilidade de um exercício de problematização sobre os processos de formação.

Quando nos atentamos às Metodologias Ativas, o destaque para a palavra "ativa" ressalta os dispositivos propostos como incentivo a participação das(os) estudantes, a fim de supostamente ampliar a autonomia. Ainda que se proponham dispositivos que favorecem a participação, as Metodologias Ativas podem convocar à participação no sentido de "fazer parte" (Canavieira; Barbosa, 2017), sem necessariamente produzir condições para que a participação interfira nas práticas instituídas e nos modos neoliberais de produção de subjetividades.

Na reunião com as(os) professoras(es) compartilhada no diário de pesquisa, a participação constituía basicamente na presença para aprender a reproduzir corretamente o método TBL, de maneira objetiva e individualizada, sem espaço para interferir nos modos como tal metodologia era praticada pelo estabelecimento de ensino. Naquele espaço, as(os) professoras(es) eram convocadas(os) a validarem as determinações pensadas pela coordenação pedagógica do curso. Do mesmo modo, as(os) estudantes eram convocadas(os) a participar de seus processos de formação de maneira pré-determinada, através dos questionários, dos estudos de caso clínico e das avaliações nos estágios.

Nos processos democráticos instituídos, baseados no indivíduo cidadão-consumidor, a participação é resumida ao voto ou à opinião. Ao mesmo tempo que se convoca a participar, a responsabilização sobre os efeitos dessa participação é individualizada, seja para benefício ou punição do indivíduo que participa (Daros, 2020). Podemos observar, de maneira similar, nos processos educacionais nos quais o indivíduo que participa pode receber uma boa nota ou reprovar, a depender do desempenho individual, efeitos de adoecimento e culpabilização, como compartilhado pela estudante A. em seu diário reflexivo no começo deste capítulo.

Tais modos de participar remetem a processos em que temos parte, sem a noção de qual é a parte que nos cabe – ou seja, apenas um "fazer parte" entendido como pertencimento a algo que já está dado (Canavieira; Barbosa, 2017). Entretanto, "tomar parte" nos anuncia a possibilidade de construir, interferir, intervir e modificar algo, ou seja, a possibilidade de fazer com. O desafio de tomar parte aponta para o exercício coletivo da participação, que abre a possibilidade do dissenso entre diferentes perspectivas e na intervenção nos modos instituídos. Desse modo, participar não demanda somente abrir espaço, mas produzir condições de sustentar os efeitos,

ainda que inesperados ou indesejados, assim como o desafio de abertura ao imprevisto e ao exercício de corresponsabilização.

Na tentativa de intervir nas lógicas neoliberais e tradicionais que atravessam os processos de formação, podemos questionar qual perspectiva de aprendizagem queremos afirmar com a implementação das Metodologias Ativas. Em meio à produção de subjetividades empreendedoras de si e colonizadas por uma lógica neoliberal, há a possibilidade de resistência à massificação das formas demandadas pelo mercado. Nesse sentido, as Metodologias Ativas não são um problema em si, a questão é o uso que delas é feito. Há nos processos de formação disputas e tensões, *"algo que sempre escapa"*, de modo que, para ultrapassar uma formação centrada na aquisição de conteúdos, no treinamento de habilidades e na resolução de problemas, é preciso cultivar outra relação com o conhecer que possibilite a invenção de saídas e o fortalecimento da potência de agir (César, 2013).

Nesse sentido, a noção de invenção nos apresenta a provocação de pensar não a solução, mas, sobretudo, a proposição de problemas. Essa noção visa transpor o embate entre o caráter mecânico ou inteligente da aprendizagem, em referência a uma metodologia passiva ou ativa. Como caminho para além das divisões binárias, não há a pretensão de se resolver/finalizar problemas de maneira individualizada, mas de problematizar o mundo como o em suas formas instituídas, a fim de possibilitar outras práticas e modos de subjetivação. Como efeito, "[a] noção de aprendizagem inventiva inclui então a invenção de problemas e revela-se também como invenção de mundo" (Kastrup, 1997, p. 1277).

A aprendizagem inventiva não é espontânea, fruto de uma vontade individual, mas demanda um processo coletivo de cultivo e abertura. Por carregar a possibilidade de diferenciação, o processo de aprendizagem jamais é concluído e sempre abre para o porvir. Trata-se de um movimento contínuo e permanente, que não se fecha em uma solução e nem em uma finalidade útil. Há, nessa perspectiva, a possibilidade de pensarmos que, para além de ser formar um bom profissional, a formação é um meio de se deslocar, reposicionar e encontrar recursos de ação nas práticas cotidianas (César, 2013), a fim de intervimos na produção de uma humanização colonizadora que atinge a todas(os), mas em algumas/alguns de maneira brutal.

Diante dessas problematizações, somos convidados a pensar as práticas instituídas nos processos de formação. Em meio aos dispositivos pensados em função de uma lógica neoliberal, recognitiva e representacional do conhecimento, a dimensão relacional dos processos de aprendizado e formação, por vezes denominada subjetiva e tomada como erro nas métricas

avaliativas tradicionais, pode ser ignorada. Ao nos atentarmos somente às formas finais objetivadas, como a(o) estudante competente/a(o) e a(o) profissional resolutivo, perdemos a possibilidade de acompanhar e intervir na dimensão em que podemos emergir como sujeitos de tristeza, fracasso e incompetência ou como potência de invenção de modos singulares de existir (César, 2013).

Ainda que encomendados com intenção de avaliar e treinar as(os) estudantes, os dispositivos apresentam possibilidades de fabricar aberturas, rompendo com os seus fins normalizantes. Do mesmo modo, os processos de formação são invariavelmente vinculados à dimensão coletiva da vida, que resiste à captura em diferentes formas, seja nas metodologias tradicionais ou ativas. Ao afirmarmos esse caráter demasiadamente subjetivo não como impedimento, mas como condição, podemos recolocar problemas nos agenciamentos possíveis no encontro com os discursos que se atualizam, a fim de produzirmos outras práticas nos processos de formação.

10 DISPOSITIVO RESTITUIÇÃO: UM RETORNO AO CAMPO DAS PRÁTICAS

Após três semestres como professor-psicólogo no Estágio em Humanidades Médicas, recebi a convocação para assumir o cargo de psicólogo em uma UBS do município de Vila Velha/ES, em função de um concurso público realizado em 2019. Tal oportunidade me encorajou a pedir o afastamento do estágio, que, naquele momento, já apresentava necessidade de reformulação dos dispositivos em função do encerramento da parceria com o Serviço de Acolhimento Institucional[57] e da interrupção dos acolhimentos devido à dificuldade de seguimento dos atendimentos pelas(os) profissionais da UBS[58]. Ao mesmo tempo que percebia essas necessidades, sentia desânimo para sustentar os dispositivos do estágio diante das exigências da coordenação do curso em relação às avaliações[59].

Tendo em vista a carga horária do novo trabalho, me mantive vinculado somente às disciplinas teóricas do primeiro, segundo e sexto períodos. Naquele momento de transição, recebi o convite da coordenação pedagógica do curso para dedicar parte da minha carga horária para realizar uma proposta de reestruturação das ementas e bibliografias das disciplinas teóricas e de estágio que compõem o eixo de Humanidades Médicas. O convite me pareceu interessante, mesmo sabendo do desafio de pensar em uma reestruturação com a participação das(os) professoras(es) e estudantes, tendo em vista o desencontro dos horários, a grande carga horária fragmentada e pelo fato de que as(os) professoras(es) eram remuneradas(os) apenas pelo tempo em sala de aula.

A justificativa da coordenadora pedagógica para o convite se deu em função das diversas reclamações de algumas/alguns estudantes em relação às disciplinas de humanização, que apontavam conteúdos "*repetidos*" e afirmavam que algumas atividades do estágio, naquele momento dividido entre quatro professoras(es)-psicólogas(os), eram "*desinteressantes para a formação*". Diante da insatisfação que persistia ao longo dos semestres, a coordenadora pedagógica afirmou que havia a possibilidade de o Eixo de Humanidades Médicas deixar de existir na grade curricular do curso, por ordem da direção do curso de Medicina.

Ao receber a encomenda de reestruturação, me recordei dos desafios que havia vivenciado nos últimos três semestres. Os problemas do Eixo de Humanidades Médicas não seriam

---

[57] As atividades realizadas com o Serviço de Acolhimento Institucional para pessoas em situação de rua são apresentadas no Capítulo 7.
[58] A atividade de acolhimento em relação à organização do trabalho na UBS é apresentada no Capítulo 8.
[59] O processo de avaliação das disciplinas do Eixo de Humanidades Médicas é apresentado no Capítulo 9.

simplesmente resolvidos com mudanças nas ementas, pois eram produzidos em meio às condições do estágio. Essas últimas, por sua vez, eram atravessadas por diferentes perspectivas das(os) gestoras(es) do estabelecimento de ensino, professoras(es) e estudantes sobre o que poderia ser o ensino da humanização na formação médica. Além disso, as reclamações recebidas pela coordenação visibilizam diversas questões complexas, como a relação de consumidoras(es) que as(os) estudantes exercem com o estabelecimento de ensino em função da mensalidade exorbitante, o que leva ao fato de que professoras(es) são consideradas(os) prestadoras(es) de serviços que devem se adequar às expectativas da(o) cliente. Também havia uma desconexão entre o estabelecimento de ensino e os campos de estágio, o que dificultava a realização das atividades.

Ainda que desafiadora, segui com a encomenda de elaborar uma proposta de reestruturação ao longo de um semestre, enquanto estava à frente das disciplinas teóricas e iniciando o trabalho como psicólogo em outro município. Considerava necessária a distância em relação ao estágio para que eu pudesse "respirar" diante de um processo de sobreimplicação com as práticas de trabalho. Como Lourau (2004a), compreendemos a sobreimplicação como movimento de individualização de questões que são produzidas coletivamente em meio à tendência de centralização da responsabilidade por um caso ou encomenda em específico, ignorando os múltiplos atravessamentos que a constituem. A sobreimplicação acarreta a dificuldade de realizar a análise das implicações nas redes de que fazemos parte, podendo produzir uma postura policialesca de vigilância, cobrança e culpabilização consigo e com os outros. Naquele momento, percebi a dificuldade problematizar as implicações com a docência e de retomar a escrita da tese a partir dos diários reflexivos das(os) estudantes em função de uma insatisfação com as atividades propostas.

Em meio a esse distanciamento, segui com o processo de pesquisa nos encontros de orientação coletiva no grupo de pesquisa, colocando em análise as afetações e os atravessamentos daquela experiência. À medida que a pesquisa foi ganhando forma na escrita da tese, fui provocado a pensar, com a contribuição das companheiras que partilham o grupo de pesquisa, como seria possível uma restituição da pesquisa.

Na perspectiva da Análise Institucional francesa, Lourau (1993) aponta que a restituição não é uma simples informação ou a entrega de um material escrito para as(os) participantes, como ocorre nos métodos convencionais. Nas práticas hegemônicas, pesquisadoras(es) e participantes de pesquisa permanecem em lugares previamente estabelecidos e distanciados, sendo a(o)

pesquisador(a) responsável por informar a verdade encontrada e passível de ser restituída. Em modos de pesquisa participativos que tem a cogestão como direção, a restituição é afirmada como prática possível a partir dos processos de descolonização que atravessam alguns saberes das ciências humanas e que introduziram as discussões políticas no fazer científico. Isso tira a pesquisa do lugar de suposta neutralidade e abre a possibilidade de colocarmos em análise os efeitos no campo e nos sujeitos da pesquisa. Nessa perspectiva, a restituição opera como "cultivo de um processo que potencializa a entrada participativa de todos os envolvidos na pesquisa" (Almeida; César; Luciano; Carvalho, 2018, p. 204), de modo que podem se apropriar de parte do exercício de pesquisar, modificando os rumos do trabalho.

Tendo em vista que a presente pesquisa não se deu a partir de uma encomenda de intervenção institucional formalizada pelo estabelecimento de ensino, considerei que o dispositivo de restituição seria realizado com as(os) estudantes, que foram sujeitos participantes do processo de pesquisa. Essa proposta foi desafiadora devido à dificuldade de entrar em contato com pessoas que eu não via há aproximadamente um ano e que já estavam cursando o internato nos períodos finais do curso. Pensava que o reencontro com o professor de Humanidades Médicas poderia não fazer sentido naquele momento, considerando a grande quantidade de atividades que as(os) estudantes precisavam cumprir, às vezes com doze horas de plantão por dia, inclusive nos finais de semana.

Como estratégia para um possível reencontro, enviei mensagens pelas redes sociais para aquelas(es) estudantes que demonstraram um interesse maior em participar dos dispositivos do estágio e que também cederam os diários reflexivos para a pesquisa[60]. Nos convites, busquei dizer que a intenção de um reencontro era em função do meu interesse em compartilhar algumas análises, em um momento próximo ao final da pesquisa, e ouvir como estavam no momento próximo ao final do curso. Ressaltei que não seria um encontro formal, mas uma conversa sobre a vida nos processos de formação. Ao todo realizei convites para 11 estudantes de três subturmas, conseguindo efetivamente me encontrar com cinco estudantes de duas subturmas.

A primeira subturma com quem consegui marcar um encontro foi a mesma que propôs o Grupo da Primeira Idade. Uma estudante me respondeu prontamente, propondo um café em um domingo de manhã. Próximo ao dia marcado, fui avisado que somente ela e mais uma amiga poderiam participar. No dia combinado, fui junto com o meu companheiro Rafael, que também foi professor das estudantes na disciplina teórica e no Estágio de Medicina de Família e

[60] O processo ético da pesquisa é apresentado no Capítulo 4.

Comunidade. Após o café escrevi um diário de pesquisa, a partir das reverberações do reencontro:

"Acordei um pouco ansioso, com o receio do café ser desmarcado em cima da hora. Enviei mensagem confirmando com a estudante A., que disse já estar no local, pois acordou mais cedo para fazer uma caminhada. Na hora um alívio me tomou e saímos rapidamente de casa. Ao nos aproximarmos da mesa onde estavam as estudantes, avistamos o cachorro de uma delas, que se sentou à mesa conosco. Naquele momento não parecia que fazia tanto tempo que tínhamos nos encontrado no estágio.

No começo da conversa começamos compartilhando como vamos. Aproveito o momento para situar em que rumos anda a pesquisa e como os diários reflexivos possibilitaram escrever a tese, que agora segue em ritmo mais acelerado. Rafa também fala sobre o começo do trabalho como preceptor do Estágio de Medicina de Família e Comunidade no curso de Medicina na Ufes e as diferenças que observa em relação à faculdade em que já fomos professores. As estudantes compartilham a rotina do internato e as mudanças recentes, agora que a faculdade foi recém comprada por uma multinacional europeia. Elas afirmam ser da 'turma cobaia' da faculdade, que experimentou diversas configurações da grade curricular e diferentes formatos das avaliações, justamente por serem a primeira turma a se formar com o novo currículo. Além das reclamações com as mudanças bruscas e feitas de maneira verticalizada, elas também compartilham o encantamento com alguns campos do internato. Em especial, destacam a passagem pela maternidade e pelo internato de Medicina de Família e Comunidade, onde puderam ter contato com crianças, idosos(as), gestantes e puérperas em um trabalho das 'sete às sete'. Também dizem da importância de passar pelo internato em subturmas junto com suas colegas, pois cada uma aprende com a outra: 'A gente é boa em coisas diferentes e vamos nos ajudando'.

Rafa pergunta como foi o internato de Medicina de Família e Comunidade e elas dizem que teve semelhanças com o Estágio de Humanidades Médicas. A fala me deixou surpreso e a estudante A. disse que 'No internato de MFC pedimos aos pacientes voltarem mais vezes só para continuar escutando. Várias vezes fizemos consulta só para ouvir' e que foi no Estágio de Humanidades Médicas que aprendeu que 'posso falar além do protocolo'. I. compartilhou que 'A gente quer fazer grupo em todo lugar' e lembra que até o momento do Estágio de Humanidades Médicas não teve a oportunidade de propor e construir algo, pois estavam sempre no lugar de observadoras' e considerou que 'A pouca participação nos outros estágios

era frustrante'. I. disse que 'Poder propor o grupo, ir na casa das usuárias e bater na porta delas foi uma confiança de que poderíamos fazer alguma coisa. Lembro até hoje onde elas moram!'. A. afirma que o grupo era oportunidade de acompanhar as usuárias, pois 'a maioria das(os) pacientes a gente atendia e nunca mais via' e se recorda que 'Eram coisas pequenas que aconteciam, mas indicavam um caminho'.

Em meio às lembranças sobre o grupo, a estudante A. se emociona ao dizer que o Estágio de Humanidades Médicas aconteceu numa época difícil: 'minha avó teve um AVC[61] *e eu que recebi ajuda delas [das usuárias] naquele momento'. Ao ser questionada sobre o que pensa em fazer após se formar, A. diz que quer trabalhar na UBS do seu 'povoado' no interior da Bahia e chamar as pessoas para um grupo: 'Conheço a história de muitos e sei que iriam gostar'.*

Antes de encerrarmos o nosso encontro, entreguei às estudantes um pequeno envelope com alguns trechos dos seus diários reflexivos. Recortei fragmentos que, de algum modo, diziam sobre percepções acerca da formação e dos atendimentos realizados. Ao reler o seu fragmento, I. afirma que 'Os diários ajudaram muito a dar espaço para questões que pareciam não caber na faculdade. Também era importante saber que você lia os nossos diários. Era um jeito de você conhecer a gente e a gente conhecer você. Tem professores que eu nem sei onde se formaram, o que fazem da vida além de dar aula. Ficam muito distantes'. Sobre o fragmento entregue para A., na qual ela compartilha como era importante estar atenta à escuta ainda que o contexto de vida não esteja tão favorável à essa atenção, ela disse que 'Faz muito sentido o que escrevi naquela época. Até hoje gosto de conversar com os pacientes, tanto que pareço que tô atrapalhando e alguns professores não gostam' e escrever os diários era o momento de 'Parar pra pensar e sentir a vida'.

Ao final, peço que elas entreguem os fragmentos de diário das colegas que não puderam comparecer. Nos despedimos e as estudantes pedem que eu envie a elas o texto da tese, assim que tiver pronto. Naquele reencontro, em meio às lembranças de um tempo de muita dedicação, um ar de despedida me tomou de alguma forma. Assim como o estágio que terminou, a pesquisa aos poucos caminha para um momento de encerramento" (Diário de pesquisa, 13 de abril de 2025).

---

[61] Sigla para Acidente Vascular Cerebral.

Ouvir as percepções das estudantes possibilitou acessar alguns efeitos do tempo que compartilhamos no estágio. Na época, com tanto vai e vem das subturmas, era difícil ter algum tipo de retorno, de modo que considerei esse momento uma oportunidade rara, me surpreendendo com as "*coisas pequenas que aconteciam*", nas palavras de A. Nesse sentido, a restituição pode operar como dispositivo de retomada de direção, por meio da avaliação de nossas práticas, dos dispositivos e das implicações com o campo de pesquisa (Almeida; César; Luciano; Carvalho, 2018,). Com Lourau (1993), compreendemos que a prática de restituir não é uma confissão privada ou pública e nem uma etapa da pesquisa com um protocolo pré-estabelecido, mas se mantém como dispositivo relativamente aberto e de desvio da pretensa neutralidade científica, ao possibilitar a "análise coletiva da situação presente, no presente em função das diversas implicações de cada um com e na situação" (p. 64).

Afirmamos a restituição na sua dimensão processual, de modo que ela não se restringe apenas a um momento da pesquisa ou um retorno ao campo, mas é um exercício transversal, que move a pesquisa e produz interferências nas perspectivas, posturas, "no surgir de sujeitos e mundos" (Almeida; César; Luciano; Carvalho, 2018, p. 205). O encontro com as estudantes produziu efeitos no processo de pesquisa e na direção das análises para além das seis semanas de estágio. Houve a possibilidade de fissurar a sensação individualizante e culpabilizante de sucesso ou o fracasso no estágio, que limitava a análise da experiência e impossibilitava de perceber o coletivo no processo de construção.

Na percepção das estudantes, a experiência do Grupo da Primeira Idade não foi uma atividade protocolar do estágio, mas uma construção de um dispositivo que operou deslocamentos do lugar de observadoras, uma vez que foi uma forma de as estudantes tomarem parte nos seus processos de formação. A "*confiança que poderíamos fazer alguma coisa*" era a possibilidade de uma construção coletiva, que não estava centralizada no lugar do professor, mas se abria à participação e tinha reverberações na relação com as(os) usuárias(os). As estudantes não cuidavam das(os) usuárias que compartilhavam o grupo, mas do dispositivo (César, 2008) que tinha como efeito a produção de outros modos de se constituir médicas(os), possibilitando "*falar além do protocolo*" e o gosto por "*conversar com os pacientes*". O grupo convidava ao exercício de cuidar de uma prática em que o outro poderia emergir como sujeito (César, 2013).

Essas percepções encontram ressonância com o segundo encontro de restituição:

"Nesse segundo momento, me encontro com uma subturma de três estudantes para um café no final da tarde. Lembro que elas gostavam muito de conversar e falar sobre os 'causos' dos

outros estágios e outras trivialidades cotidianas, de maneira que precisava ficar atento ao tempo para não me perder, junto com elas, nas conversas.

Logo quando cheguei na padaria, a conversa começa antes de eu me sentar à mesa. À medida que fui me aproximando, a estudante L.G. começou a falar apressadamente: 'Nossa, professor! Você não sabe o que tá acontecendo!' e diz que estava indignada com a atitude do médico residente que atua no mesmo hospital em que hoje elas realizam o internato de Terapia Intensiva. As outras estudantes concordam que há uma postura 'insensível' do médico, quase negligente, que se recusa a ter contato com as(os) pacientes internadas, preferindo delegar às estudantes o 'trabalho' de conversar com as(os) pacientes e repassar as informações. Diante do relato, questiono como podemos estar atentos para não perdermos essa 'sensibilidade' quando começamos a trabalhar e a estudante L.A. diz que percebe estar 'mais fria' à medida que tem focado seus atendimentos em questões mais 'técnicas'.

Emendando com o 'causo' inicial, as estudantes compartilham sua rotina no internato, no qual elas têm que 'rodar' em quatro enfermarias de um hospital, conversando diariamente com as pessoas internadas, ouvindo suas demandas e acompanhando as prescrições. Elas percebem que são as que mais escutam as(os) pacientes, pois o residente se orientava pelo registro dos prontuários e nem sequer sabia 'a cara' de quem está ali. Por outro lado, elas dizem que o médico preceptor fazia questão de passar por cada leito e escutar cada paciente, às vezes ficando além do seu horário.

Pergunto como elas estão agora no ciclo do internato, próximas ao final do curso. L.G. diz que sente que a responsabilidade está 'batendo na porta'. Ao questioná-la sobre qual residência gostaria de fazer, ela responde que 'só sei o que não quero ser'. A estudante L.A. compartilha a sensação de 'não saber nada', mas afirma que alguns colegas acham que sabem muito e acredita que essa é uma postura arriscada. Percebe que conhece as(os) 'pacientes' e sabe como pode ajudá-las(os) em termos de prescrição de medicamentos, mas não tem autorização por não ser formada. Também diz que no começo do internato vivenciou um período difícil, de muita desilusão com a Medicina, por perceber uma hostilidade das(os) outros profissionais, ficando com a sensação que 'todo mundo odeia médicos'. L.G. imediatamente interrompe, dizendo 'também odeio médicos!' e afirma que não recomendaria a maioria das(os) suas/seus colegas de turma, pois considera 'arrogantes e mal-educados'. Já N. percebe que ninguém leva as(os) internas(os) 'à sério' e diz que 'as(os) residentes que acabaram de se formar tratam mal

as(os) estudantes da graduação, assim como as(os) médicas(os) formadas(os) e outras(os) profissionais tratam mal as(os) residentes'.

Após a conversa sobre o internato, entrego às estudantes alguns fragmentos dos diários reflexivos que elas produziram durante o Estágio de Humanidades Médicas. L.G., com os olhos marejados, diz que o fragmento separado era referente à boa experiência que ela teve no estágio da 'dra. Lorena[62]': 'Marcou a minha formação porque ela confiou na gente, deixou a gente se virar'. Ela percebe que até hoje não recebeu essa confiança como naquele primeiro estágio no ciclo clínico, em um momento que tinha menos experiência.

Já N. diz que o seu fragmento era referente a uma pessoa que atendeu no estágio de nefrologia, com quem teve uma longa conversa sobre questões para além do seu 'problema de saúde' e afirma: 'lembro da cara dela!'. Ela diz que deseja fazer residência em clínica médica, pois acredita que é um trabalho que permite mais encontros como esse. Concordando com a colega, L.A questiona sobre o residente que havia comentado no começo da conversa: 'Que médico é esse que não conversa com os pacientes?'.

L.G também rememora a experiência de conhecer o abrigo de pessoas em situação de rua que a fez 'virar a cabeça' e se lembra das histórias de vida que a psicóloga contou sobre as(os) acolhidas(os). Diz que até hoje tenta 'desmistificar' os preconceitos direcionados a essa população. N. compartilha que depois do estágio elas participaram de um projeto de extensão em um 'abrigo de idosos', tendo a oportunidade de estar junto, 'passar um tempo', jogando, conversando e pintando com as pessoas acolhidas. Por fim, L.G lembra que nunca mais olhou os encaminhamentos da mesma maneira e que essa questão esteve presente novamente no Estágio de Medicina de Família e Comunidade, no qual pode se atentar à sua escrita de prontuários e encaminhamentos.

Como nos dias de estágio, falamos tanto que não vimos a hora passar. Nos despedimos com a possibilidade de em breve nos encontrarmos como colegas de trabalho. Saí daquele encontro novamente tomado pelas reverberações que o Estágio de Humanidades Médicas provocou. A restituição da pesquisa me fez encontrar com uma prática que ganhou contornos e consistência, além do que pude perceber no momento que estive como professor" (Diário de pesquisa, 24 de abril de 2025).

---

[62] Nome fictício.

No encontro de restituição com as(os) estudantes, houve a possibilidade de compartilhar os efeitos dos dispositivos de formação e pesquisa a fim de colocar em análise as nossas implicações com a formação. Com a possibilidade de olhar para a trajetória formativa acolhendo o que se pôde fazer, acessamos linhas de composição do que nos tornamos. Há, nesse caminho, a possibilidade de romper com a assepsia e a suposta neutralidade da educação formalizada, reduzida a um diploma (César, 2013).

O questionamento "*que médico é esse que não conversa com os pacientes?*" chama ao movimento de restituir o objeto finalizado em si mesmo, como o médico-ruim e a estudante-que-não-sabe à sua dimensão de produção, colocando em análise as práticas. A percepção da estudante de que "*as(os) residentes que acabaram de se formar tratam mal as(os) estudantes da graduação, assim como as(os) médicas(os) formadas(os) e outras(os) profissionais tratam mal as(os) residentes*" nos permite visibilizar as relações que atravessam os processos de formação e produzem efeitos nas práticas de estudantes, usuárias(os) e médicas(os).

Em um contexto atravessado por uma produção neoliberal na qual a participação é resumida a um engajamento individual (Daros, 2020), a sensação individualizada de culpa aparece em função das comparações e da cobrança de ser um(a) "*bom/boa profissional*", que está ou não preparada(o) para o mercado de trabalho. A sensação de "*não saber nada*" nos permite visibilizar a formação tomada como aprendizado de técnicas e protocolos, que não considera outras práticas possíveis para além da prescrição de um medicamento, como "*passar um tempo*" e "*conversar*". Há, nessas práticas, uma dimensão relacional compartilhada, que por vezes é ignorada. Quando fixamos a atenção somente nos resultados

> [...] ou nas formas mais visíveis que compõem a formação educacional (planos, metas, estruturas de trabalho, metodologias, conteúdos, dispositivos montados), desperdiçamos a visão dessa base mais sutil, seu acompanhamento e cuidado. Nessa base ontológica podemos fazer de um acontecimento algo delicado, precioso. Pode-se abrir-se à provisoriedade da vida, às experiências possíveis, porque nada ideais, a valorização das lutas, a acolhida das dificuldades e dos desvios e metas bem agenciadas com a vida que se quer afirmar (César, 2013, p. 183).

Na tarefa de conversar com as(os) pacientes internadas(os), supostamente trivial e pouco idealizada como parte da formação médica, as estudantes se percebem como "*as que mais escutam as(os) pacientes*". Essa experiência pouco valorizada e, portanto, deixada para a responsabilidade daquelas que estão hierarquicamente abaixo das(os) médicas(os) formadas(os), possibilita a potencialização das brechas que fissuram as práticas instituídas da racionalidade médica colonial que produz o Outro como objeto de intervenção, impossibilitado de comparecer como sujeito participante do processo.

Quando questionada sobre os rumos após a graduação, L.G. afirma "*só sei o que não quero ser*". A pergunta permite pensar sobre a complexidade do que é formar-se, para além de se tornar especialista em determinada área. Apesar da aparente incerteza sobre a escolha formal de uma especialização médica, há um modo de subjetivação em vias de produção que questiona as relações com as(os) usuárias(os) e profissionais. Em meio às diversas queixas sobre médicas(os) "*arrogantes e mal-educados*", as estudantes compartilham outros modos de relação, ainda que invisibilizados. Há uma diversidade de práticas que deslocam as objetificações em torno da ideia de ser médica(o) e da sensação de que "*todo mundo odeia médicos*". Nesse sentido, ao lembrar "*da cara*" da paciente atendida há mais de um ano atrás, a estudante N. compartilha uma abertura às afetações, na qual o outro pode comparecer como sujeito, para além do registro de prontuário de um paciente.

No exercício de "*se virar*" há uma aposta na participação, assumindo o percurso imprevisível em meio aos acontecimentos da formação. Nessa direção, condições precisam ser construídas, de maneira coletiva e corresponsável, afirmando outras experiências de formação que possibilitam "*virar a cabeça*", em um movimento de "reposicionar-se em um olhar, capaz de descolar e deslocar, lançando-nos a uma abertura insuspeitada, que auxilia a encontrar recursos de ação nas práticas cotidianas" (César, 2013, p. 117). Como partilhado por L.G., a formação pode ocorrer fora dos lugares óbvios pensados para a educação formal, como no "*abrigo de idosos*", nas ruas de um bairro, nas atividades de pintura, nas conversas, indignações, alegrias e contradições, em um caminho povoado de caras, vozes e calor. É no encontro com esse percurso que extrapola os currículos instituídos que praticamos um trabalho que possibilita, para além de médica(os) humanizada(os), a formação de sujeitos.

A restituição com as(os) estudantes possibilitou acessar uma dimensão da formação como processo ininterrupto de problematização e atenção às práticas. Ainda que o estágio, a graduação e a pesquisa cheguem à finalização formal, os encontros permanecem reverberando, provocando o pensamento sobre os processos formativos em sua direção ética, na potência de afirmar sujeitos e mundos para além de uma humanização colonizadora. Diante do encerramento que se anuncia, seguimos pensando nos processos de finalização da pesquisa e da experiência como professor-psicólogo, dando contorno ao percurso compartilhado de cartografar os processos de formação.

11 AFIRMAÇÕES FINAIS

"Esse é o meu último diário como professor-psicólogo contratado nesta faculdade, pois recebi uma notícia que mudou os rumos do meu trabalho: fui convocado para um concurso que realizei em 2019 para a Secretaria de Saúde de Vitória. A notícia veio em um momento em que começava a me movimentar para deixar o curso de Medicina enquanto mantinha o meu trabalho no município de Vila Velha/ES. Estava enviando meu currículo para outras faculdades e tentava migrar para o curso de Psicologia. O que me movia era uma saturação diante do método exigido, da produção incessante de provas e questões objetivas. A quantidade de avaliações impedia que meu tempo de planejamento fosse dedicado a repensar as três disciplinas teóricas, de modo que as aulas estavam se tornando repetitivas e, a meu ver, precisavam de revisões. Também percebi que, ao deixar os campos de estágio por necessidade de me dedicar à pesquisa, me afastei das(os) estudantes, de modo que nas disciplinas teóricas, com aulas tão curtas, era difícil construir outra relação além do lugar de professor-expositor.

Faltando poucas semanas para me desligar da faculdade, além das provas corrigidas, precisei entregar um documento com a proposta de reorganização do Eixo de Humanidades Médicas, produzido ao longo do último semestre. A 'entrega' seria uma apresentação às(aos) coordenadoras(es) dos períodos do curso de Medicina das duas unidades da faculdade, através de uma reunião online. Para a minha surpresa, no dia da reunião, apenas a minha coordenadora do segundo período compareceu, junto com a professora que irá me substituir com a minha saída. A ausência do restante da equipe contribuiu para uma sensação de frustração misturada com 'fiz minha parte' e com 'ainda bem que estou saindo'. Estou desapontado, mas não surpreso. É inegável o desinteresse pelas disciplinas de Humanidades, ainda que a justificativa para o trabalho de reestruturação tenha sido as constantes reclamações das(os) estudantes e professoras(es). Não quero aumentar a estranheza que foi aquela reunião vazia, mas o 'climão' estava colocado.

Não pude ignorar também que a coordenadora pedagógica não estava presente na reunião, logo a pessoa que me convidou para realizar esse trabalho, que contribuiu com ideias e que estava preocupada com a possível retirada do Eixo de Humanidades Médicas do currículo de Medicina. Após a reunião tentei contato, mas não obtive resposta. Havia uma ausência, um silêncio que não pude compreender. Não quis me prender a isso e tentei seguir com a mudança de emprego que me trazia novas questões.

Alguns dias após a reunião, caminhava por uma rua próxima à minha casa e, por surpresa, me encontro com a coordenadora pedagógica. Ela me abraça e pede desculpas pelas ausências, explicando sobre o seu processo de saída da faculdade que ocorreu antes da reunião, compartilhando um receio pela retirada do Eixo de Humanidades Médicas do curso. Sem muito tempo para conversar, se despediu e foi embora. Para mim, ali um ciclo se encerrou. De alguma forma, alguém pôde compartilhar algo que senti ao longo da minha passagem como professor pelo curso de Medicina daquela faculdade.

Tempos depois, nos outdoors da cidade e nas propagandas de rádio, televisão e redes sociais, novos anúncios de cinco cursos de Medicina privados no Espírito Santo, sendo três da mesma faculdade em que trabalhei. Me perguntava como seria dali em diante, em termos de estrutura de estágio, do corpo docente e das(os) estudantes que irão se deslocar para as periferias da região metropolitana para se formarem médicas(os). Uma pausa, respiro, não quero me ocupar com tais problemas neste momento. Agora eles seguem comigo de outros modos, na forma da tese que irei escrever" (Diário de pesquisa, 22 de julho de 2024).

O processo de encerramento do meu percurso como professor-psicólogo em um curso de Medicina foi atravessado pelo desinteresse pela reestruturação do Eixo de Humanidades Médicas. Estava "*desapontado, mas não surpreso*" por perceber que havia feito o possível dentro das condições que foram apresentadas. No ano seguinte à minha saída soube, através das(os) estudantes no encontro de restituição[63], que uma multinacional europeia havia comprado a rede de estabelecimentos de ensino superior em que trabalhava. Com a nova direção, ocorreram algumas mudanças curriculares e demissões, assim como a extinção do Estágio em Humanidades Médicas, permanecendo apenas as disciplinas teóricas.

Ao saber do fim das disciplinas de estágio, percebo em mim certo lamento por ver uma possibilidade de trabalho potente ser suprimida. Considerava essas disciplinas como uma aposta pouco usual em relação aos demais cursos de Medicina, uma brecha rara que surgiu como oportunidade de pensar-intervir nos processos de formação e que poderia possibilitar outras experiências interessantes. Por outro lado, me sentia grato pela oportunidade de ter iniciado meu percurso na docência justamente com o desafio singular de estar no trabalho de montagem dos Estágio em Humanidades Médicas e de poder compartilhar, registrar e produzir análise sobre esse processo na tese.

[63] O dispositivo restituição é compartilhado no Capítulo 10.

Diante de uma finalização pouco calorosa e distante da docência, pude seguir com a potência das afetações no encontro com as turmas e que possibilitaram dar forma ao presente texto. Com a finalização da tese, há a possibilidade de concluir com algumas afirmações elaboradas ao longo deste trabalho, construído no exercício de problematização sobre a encomenda de humanização na formação em Medicina. Desse modo, ao invés de questionarmos se o Estágio de Humanidades Médicas conseguiu humanizar ou não as(os) estudantes, questionamos: o que o trabalho com as(os) estudantes tornou possível?

O processo da pesquisa se constituiu como cartografia do campo da formação médica através dos dispositivos construídos no contexto do estágio com a participação das(os) estudantes, possibilitando a saída do dilema de humanizar ou não humanizar. Neste percurso, segui me formando professor em um processo constante de reposicionamento (Vasconcelos, 2000) e de sustentação do desafio de acionar nos dispositivos o acompanhamento de uma construção coletiva que difere dos modelos educacionais pensados de maneira anterior à experiência. Este trabalho se constituiu com o que não é, à princípio, considerado parte ou pertinente à formação, como ouvir e escrever histórias, caminhar, compartilhar músicas, risos, choro e problematizações, afirmando a inseparabilidade entre formar e viver (César, 2013).

As análises compartilhadas na pesquisa seguiram na direção de desviar, provocar, fissurar e romper a humanização em sua dimensão colonizadora, de caráter empático, caritativo e piedoso, que reproduz práticas racistas, sexistas, capacitistas e cisheteronormativas naturalizadas pelo pacto da branquitude (Bento, 2022), parte do funcionamento do dispositivo de racialidade (Carneiro, 2023). Exercitamos restituir a humanização ao campo das práticas, de modo que as análises seguiram na perspectiva de não considerar o melhor ou pior jeito de humanizar, ou índices de mais ou menos humanização nas(os) estudantes, mas a possibilidade de intervir nos modos como nos formamos sujeitos, fissurando o casulo do humano (Krenak, 2019). Afirmamos, portanto, que o enfrentamento à lógica colonizadora só é possível ao nomear esses processos – na abertura e na sustentação das “fissuras” em nós.

O problema da humanização foi desdobrado para o campo da formação, afirmado como superfície de desaprendizagem de um certo modo de ser humano que foi instituído em discursos e práticas da racionalidade médica fabricada na modernidade colonial (Branco, 2021; Foucault, 1977; Lugones, 2014). Nessa perspectiva, os dispositivos construídos no Estágio em Humanidades Médicas possibilitaram dar corpo à colocação de problemas e deslocar das práticas hierárquicas de submetimento (hooks, 2013) que atravessam o lugar da(o) médica(o) e

do(a) professor(a). Afirmamos a humanização em um sentido insurgente, que tem como direção a ampliação da autonomia, da participação e da corresponsabilização, com atenção ao enfrentamento aos racismos, sexismos, capacitismos, lgbtfobias e especialismos que produzem distanciamento, exclusão e violências.

Nesse sentido, o convite de Tereza (Bonaldi; Barros, 2019) para uma cartografia dos processos de formação no curso de Medicina operou como provocação para pensarmos as fragmentações da racionalidade médica, possibilitando problematizações que foram sustentadas ao longo das seis semanas de estágio através da escrita dos diários reflexivos. Nesse processo, a transdisciplinaridade está presente como exercício vivido por meio dos dispositivos "Abertura de Encaminhamentos" e "Caminhada", ampliando os graus de comunicação entre segmentações como "médica(o)" e "paciente", "Medicina" e "Psicologia", "profissionais de nível superior" e "nível médio", "professor(a)" e "estudantes", "serviço de saúde" e "território".

Os dispositivos "Acolhimento" e "Grupo" permitiram condições para outros modos de relação com as(os) usuárias(os), que puderam comparecer como sujeitos participantes dos seus processos de cuidado. O dispositivo "Avaliação" serviu como meio para problematizar a noção de Metodologias Ativas, apontando a necessidade de uma direção ética que tenha a participação como condições para um processo de formação crítico, inventivo e de contraposição à lógica neoliberal e bancária. Por fim, o dispositivo "Restituição" possibilitou, junto às estudantes, devolver a pesquisa ao campo das práticas, rompendo objetificações e distanciamentos entre pesquisador e sujeitos da pesquisa. Tais deslocamentos e problematizações produziram fissuras nas práticas de humanização colonizadora que atravessam a formação médica.

Dessa forma, os dispositivos construídos no contexto do estágio geraram efeitos além da dimensão instituída de uma atividade programada ou avaliação, mas como possibilidade de "ver na formação institucionalizada uma formação como processo" (César, 2013, p. 102). O trabalho seguiu com a problematização dos modos como nos constituímos com/no mundo e como nos conectamos aos objetos já dados, a fim de os desnaturalizarmos, assim como a nós mesmos, tornando visível uma dimensão ética e processual (Machado, 2023). Como efeito, afirmamos um modo de relação em que o outro, antes reduzido ao lugar de objeto-paciente, pôde comparecer como sujeito em sua complexidade e participante dos processos de cuidado.

Como finalização, afirmamos a possibilidade de seguirmos problematizando os processos de humanização colonizadora por uma infinidade de caminhos, possíveis de serem percorridos com disponibilidade e interesse compartilhados nos diversos campos de trabalho. Desse modo,

a pesquisa fez da análise da encomenda “humanizar estudantes” um problema. A problematização orientou o trabalho de pesquisa-formação em outros questionamentos-provocações: como intervir nas práticas colonizadoras que atravessam os processos de humanização? Como construir dispositivos para afirmar a humanização em sua dimensão insurgente? Como ampliar os processos participativos e transdisciplinares nos dispositivos formativos, a fim de fortalecermos as potências de intervir nas práticas instituídas?

Os problemas mobilizaram a montagem de dispositivos, que acionam uma linha flexível, viva e disruptiva. Muitas perguntas e gestos moveram a presente pesquisa na direção de complexificar o pensamento sobre a humanização e os processos formativos. É impossível resolver os problemas aqui evocados, sendo mais interessante colher as problematizações, estranhamentos e deslocamentos nos mais distintos cotidianos da formação e neles consistir. Esse não é um trabalho que se encerra com os dispositivos, mas urge se estender para toda uma vida, em todos os espaços em que estamos implicadas(os).

12 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ueberson Ribeiro; CÉSAR, Janaína Mariano; LUCIANO, Luzimar dos Santos; CARVALHO, Pedro Henrique. A devolutiva como exercício ético-político do pesquisar. **Fractal**: Revista de Psicologia, Niterói, v. 30, n. 2, p. 204-213, mai. 2018.

ALVAREZ, Johnny; PASSOS, Eduardo. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Meridional, 2015. Pista 7. p. 131-149.

ALVES, Nilda. Currículos e pesquisas com os cotidianos. In: GARCIA, Alexandre; OLIVEIRA, Inês Barbosa de (org.). **Nilda Alves**: praticantepensante de cotidianos. São Paulo: Autêntica, 2015. p. 161-168.

ARAGAKI, Sérgio Seiji; SPINK, Mary Jane Paris. Os lugares da psicologia na educação médica. **Interface:** Comunicação, Saúde, Educação, São Paulo, v. 13, n. 28, p. 85-98, mar. 2009.

ARTIÈRES, Phillipe. Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: GROS, F. (org.). **Foucault**: a coragem da verdade. 2. ed. São Paulo: Parábola Editorial, 2008, Cap. 1, p. 15-37.

BALL, Setephen John. Mercados educacionais, escolha e classe social: o mercado como uma estratégia de classe. In: GENTILI, Pablo (org.). **Pedagogia da exclusão**. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1995. Cap. 7. p. 196-227.

BOLLELA, Valdes Roberto; SENGER, Maria Helena; TOURINHO, Francis Solange Vieira; AMARAL, Eliana. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 47, n. 3, p. 293-300, 2014.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Meridional, 2009. Pista 3. p. 52-75.

BARROS, Letícia Maria Renault de; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. O problema da análise em pesquisa cartográfica. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO,

Silvia (org.). **Pistas do método da cartografia - volume 2**: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2014. Pista da Análise. p. 175-202.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; AMADOR, Fernanda Spanier. Análise Institucional no Brasil: uma perspectiva arqueogenealógica. In: LEMOS, Flávia Cristina Silveira. **Foucault, Deleuze, Guattari e Lourau**: encontros com a arqueogenealogia, esquizoanálise e análise institucional. Curitiba: CRV, 2021. p. 339-357.

BENEVIDES, Regina. **Grupo**: a afirmação de um simulacro. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007. 350 p.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface:** Comunicação, saúde e educação, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar. 2005.

BENTO, Cida. **O pacto da branquitude**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022. 152 p.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Mesa de abertura: Homenagem a D. Paulo Evaristo Arns. In: Conselho Federal De Psicologia (Brasil) (org.). **Psicologia e Direitos Humanos**: práticas psicológicas: compromissos e comprometimentos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 13-24.

BOLLELA, Valdes Roberto; SENGER, Maria Helena; TOURINHO, Francis Solange Vieira; AMARAL, Eliana. Aprendizagem baseada em equipes: da teoria à prática. **Medicina (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, Brasil, v. 47, n. 3, p. 293-300, 2014.

BONALDI, Cristiana Mara; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. **Cachaça, suores, amores**: deuses que dançam e processos de formação em saúde. Vitória: Edufes, 2019. 168 p.

BONDÍA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 20-28, jan. 2002. Tradução de João Wanderley Geraldi.

BRANCO, Rosele. Medicina e saúde em O Nascimento da Clínica de Michel Foucault. **Sapere Aude**, v. 12, n. 23, p. 102-113, 9 jul. 2021.

BRASIL. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer CES/CNE nº 776/1997. Orientação para as diretrizes curriculares dos cursos de graduação. Ministério da Educação (MEC), 1997.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Parecer nº 1133/2001, de 07 de agosto de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Brasília, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Resolução nº 03/2014, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Brasília, 2014a.

BRASIL. Lei Nº 12871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, 2013.

BRASIL. Lei nº 15126, de 28 de abril de 2025. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer a atenção humanizada como princípio no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. Tipificação nacional de serviços socioassistenciais. Brasília, 2014b. 64 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização do SUS: Acolhimento nas práticas de produção de saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza/SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. 1 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 32 p.

BRITO, Janaina Madeira; CÉSAR, Janaína Mariano; VASCONCELOS, Lidiane Leite; OLIVEIRA, Sonia Pinto de. Notas de uma intervenção: partilhando desafios e possibilidades de uma experimentação clínico-institucional. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 100-121, 2013.

CANAVIEIRA, Fabiana Oliveira; BARBOSA, Maria Carmen Silveira. Participação infantil e debate democrático: aproximações pelo campo da educação infantil. **Zero-A-Sei**s, Florianópolis, v. 19, n. 36, p. 361-378, jul. 2017.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009. 129 p.

CARNEIRO, Sueli. **Dispositivo de racialidade**: a construção do outro como não ser como fundamento do ser. Rio de Janeiro: Zahar, 2023. 432 p.

CÉSAR, Janaína Mariano. **O que se passa nos processos formativos?** O labor de um êthos na produção de si. 2013. 198 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2013.

CÉSAR, Janaína Mariano. **Processos grupais e o plano impessoal**: a grupalidade fora *no* grupo. 2008. 92 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008.

COSTA, Janaina da S. **O avesso das mentiras:** entre loucuras e potências, a escrita de nós. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, 2023.

DAROS, Raphaella Fagundes. **Implicâncias e Implicações de uma Trabalhadora Social**. Curitiba: Editora Appris, 2020. 259 p.

DELEUZE, Gilles. Os personagens conceituais. In: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **O que é a filosofia?** Tradução: Bento Prado Júnior e Alberto Alonso Muñoz. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 81-109.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Felix. **Mil platôs - Volume 1**: Capitalismo e Esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, 1995. 94 p.

DOWBOR, Monika. Sergio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2019, v. 24, n. 4, pp. 1431-1438.

FERRAÇO, Carlos Eduardo. Pesquisa com o cotidiano. **Educação & Sociedade**, v. 28, n. 98, p. 73-95, jan. 2007.

FERREIRA NETO, João Leite; OLIVEIRA, Maria Eduarda Cruz; FERREIRA, Maria Eduarda Corrêa; PENIDO, Cláudia Maria Filgueiras. A Formulação da Política Nacional de

Humanização e seus Antecedentes Históricos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 44, p. 01-14, 2024.

FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, jun. 2015.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica**: processos e resultados. São Paulo: Hucitec Editora, 2002. 392 p.

FIM, Matheus Magno dos Santos. **O adultocentrismo e as políticas públicas destinadas às infâncias no Brasil**: pistas para um criançar com trabalhadoras. Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, 2022.

FIM, Matheus Magno dos Santos; COSTA, Janaina da Silva; CÉSAR, Janaína Mariano; SIQUEIRA, Luziane de Assis Ruela. Entre saúde e assistência social: estratégias para fissurar o "casulo do humano" na formação médica. **Criar Educação**, Criciúma, v. 13, n. 3, p. 374-393, 5 nov. 2024.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 680 p.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. 5 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999. 79 p.

FOUCAULT, Michel. Aula de 21 de março de 1979. In: FOUCAULT, Michel. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. Cap. 10. p. 329-364.

FOUCAULT, Michel. Diálogo sobre o poder. In: MOTTA, Manoel de Barros da (org.). **Ditos & Escritos IV**: estratégia, poder-saber. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a. p. 253-268.

FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos**: curso no Collège de France 1979-1980 (aulas de 09 e 30 de janeiro de 1980). São Paulo: Centro de Cultura Social, 2009. 37 p. Tradução, transcrição e notas de Nildo Avelino.

FOUCAULT, Michel. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: MOTTA, Manoel de Barros da (org.). **Ditos & Escritos IV**: estratégia, poder-saber. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006b. p. 335-351.

FOUCAULT, Michel. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977. 241 p.

FOUCAULT, Michel. Sobre a história da sexualidade. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1995. Cap. 16. p. 243-276.

FOUCAULT, Michel; SENNET, Richard. Sexualidade e solidão. In: MOTTA, Manoel de Barros da (org.). **Ditos e Escritos V**: ética, sexualidade, política. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. Cap. 7. p. 92-103.

FRANZ, Alice Hübner; RODRIGUES, Marcio Silva. Da Universidade operacional à Universidade empreendedora: reflexões sobre o avanço do neoliberalismo na educação superior brasileira. **Simbiótica**, Vitória, v. 8, n. 1, p. 53-74, 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2017.

FREITAS, Romero Alves. Estranhamento ou empatia?: notas sobre o problema do conhecimento histórico em Walter Benjamin. **Artefilosofia**, Ouro Preto, v. 1, n. 1, p. 94-102, 2006.

FRENK, Julio; CHEN, Lincoln; BHUTTA, Zulfigar A.; COHEN, Jordan; CRISP, Nigel; EVANS, Timothy; FINEBERG, Harvey; KELLEY, Patrick; GARCIA, Patricia; KE, Yang; KISTNASAMY, Barry; MELEIS, Afaf; NAYLOR, David; PABLOS-MENDEZ, Ariel; REDDY, Srinath; SCRIMSHAW, Susan; SEPULVEDA, Jaime; SERWADDA, David; ZURAYK, Huda. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **The Lancet**, v. 376, n. 9756, p. 1923–1958, Dez. 2010.

FUGANTI, Luiz. Biopolítica e produção de saúde: um outro humanismo? **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 667-679, 2009.

GARCIA, Maria Alice Amorim; FERREIRA, Fernanda Proa; FERRONATO, Fernanda Avenoso. Experiências de humanização por estudantes de Medicina. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 87-106, mar. 2012.

GOMES, Sávio Marcelino; MEIRA, Karina Cardoso; SILVA, Mercês de Fátima dos Santos. Interseccionalidades na atenção à saúde da população negra. In: BARBOSA, Isabelle Ribeiro; AIQUOC, Kezauyn Miranda; SOUZA, Talita Araújo de (org.). **Raça e saúde**: múltiplos olhares sobre a saúde da população negra no Brasil. Natal: EDUFRN, 2021. Cap. 5. p. 74-88.

GUATTARI, Félix. A transversalidade. In: GUATTARI, Félix. **Psicanálise e transversalidade**: ensaios de Análise Institucional. Aparecida: Editora Ideias & Letras, 2004. Cap. 7. p. 75-84.

HARAWAY, Donna. Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 5, p. 7-41, 1995.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 1ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212.

HECKERT, Ana Lúcia Coelho; PASSOS, Eduardo. Pesquisa-intervenção como método, a formação como intervenção. In: BARROS, Maria Elizabeth Barros de; FERIGATO, Sabrina; CARVALHO, Sérgio Resende (org.). **Conexões**: saúde coletiva e políticas de subjetividade. São Paulo: Hucitec, 2009. Cap. 19. p. 373-390.

hooks, bell. **ensinando a transgredir:** a educação como prática de liberdade. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2013. 283 p.

hooks, bell. por uma pedagogia feminista revolucionária. In: hooks, bell. **erguer a voz**: pensar como feminista, pensar como negra. São Paulo: Elefante Editora, 2019. Cap. 7. p. 103-113.

KASTRUP, Virgínia. **A invenção de si e do mundo**: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. 1997. 286 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.

KASTRUP, Virgínia. Políticas cognitivas na formação do professor e o problema do devir-mestre. **Educação & Sociedade**, v. 26, n. 93, p. 1273-1288, set. 2005.

KASTRUP, Virgínia; BARROS, Regina Benevides de. Movimentos-funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009. Pista 4. p. 76-91.

KRENAK, Ailton. **Ideias para adiar o fim do mundo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. 57 p.

LEMOS, Flávia Cristina Silveira; FERLA, Alcindo Antônio; OLIVEIRA, Paulo de Tarso Ribeiro de. Medicina e Hospital. **Fractal**: Revista de Psicologia, v. 23, n. 3, p. 487-500, 2011.

LINHARES, Célia Frazão. Múltiplos sujeitos da educação: a produção de sujeitos e subjetividades. In: CANDAU, Vera Maria (Org.). **Ensinar e aprender**: sujeitos, saberes e pesquisa. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

LAPASSADE, Georges. **O adulto-padrão**. In: LAPASSADE, Georges. A entrada na vida. Lisboa: Edições 70, 1975. Cap. 11. p. 263-298.

LOURAU, René. La inquietante intimidade del extra-texto. In: LOURAU, René. **El diario de investigación**: materiales para una teoría de la implicación. México: Universidad de Guadalajara, 1989. p. 9-29.

LOURAU, René. **René Lourau na UERJ:** Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: UERJ, 1993. 118 p.

LOURAU, René. Objetivo e método da Análise Institucional. In: ALTOÉ, Sonia. (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004a. p. 66-86.

LOURAU, René. O instituinte contra o instituído. In: ALTOÉ, Sonia. (Org.). **René Lourau**: analista institucional em tempo integral. São Paulo: Hucitec, 2004b. p. 47-65.

LUCIANO, Luzimar dos Santos; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; RAIZEM, Martha Helena. Configurações das relações de trabalho e saúde de professores do ensino fundamental. In: SILVA, Fabio Hebert da; CÉSAR, Janaína Mariano; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (org.). **Saúde e trabalho em educação**: desafios do pesquisar. Vitória: Edufes, 2016. Cap. 8. p. 201-224.

LUGONES, María. Rumo a um feminismo descolonial. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 935-952, set. 2014.

MACHADO, Adriana Marcondes. Os psicólogos trabalhando com a escola: psicologia a serviço do quê? In: MEIRA, Marisa Eugênia Melillo; ANTUNES, Mitsuko Aparecida Makino (org.). **Psicologia escolar**: práticas críticas. 2. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. Cap. 2. p. 63-86.

MACHADO, Adriana Marcondes. **Quando a escrita toca a produção institucional**. São Paulo: Buchler, 2023. 114 p.

MASOCATTO, Nilo Olimpio; COUTO, Wilson José; MATTA Thales Skaff da; PORFIRIO Gustavo José Martiniano. Percepção de Alunos do Curso de Graduação em Medicina sobre o Team-Based Learning (TBL). **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 43, n. 3, p. 111-114, jul. 2019.

MELO, Jorge José Maciel; SCHAEPPI, Paula Brum; SOARES, Guilherme; PASSOS, Eduardo. Acesso e Compartilhamento da Experiência na Gestão Autônoma da Medicação: o manejo cogestivo. In: SAÚDE, Ministério da (org.). **Cadernos HumanizaSUS**: volume 5 - Saúde Mental. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 2015. p. 233-248.

MILLS, Charles Wright. Ignorância branca. Tradução de Breno Ricardo Guimarães Santos. **Griot**: Revista de Filosofia, Amargosa/Bahia, v.17, n.1, p.413-438, junho. 2018.

MUFATO, Leandro Felipe; GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz. Empatia em saúde: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, São João del-Rei, v. 9, 2019.

NEVES, Claudia Abbês Baêta; HECKERT, Ana Lúcia Coelho. Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 151-168, jan. 2010.

NEVES, Claudia Abbês Baêta; MASSARO, Altair. Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 503-514, 2009.

NUNES, Everardo Duarte. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 909-916, maio 2008.

NUNES, Everardo Duarte. O pensamento social em saúde na América Latina: revisitando Juan César García. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 9, p. 1752-1762, set. 2013.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, out. 2008.

PASSOS, Eduardo. Psicologia, produção de saúde e produção de subjetividade: compromisso com as políticas públicas de saúde. **Boletim Interfaces da Psicologia da UFRRJ**, Seropédica, v. 2, n. 2, p. 98-102, dez. 2009.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (org.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. 207p.

PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Silvia (org.). **Pistas do método da cartografia - volume 2**: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, 2014. 310 p.

POZZANA, Laura. A formação do cartógrafo é o mundo: corporificação e afetabilidade. **Fractal**: Revista de psicologia, Niterói, v. 25, n. 2, p. 323-338, mai. 2013.

RIOS, Izabel Cristina; SIRINO, Caroline Braga. A Humanização no Ensino de Graduação em Medicina: o Olhar dos Estudantes. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 3, p. 401-409, jul. 2015.

ROCHA, Vinícius Ximenes Muricy da. **Reformas na educação médica no Brasil**: estudo comparativo entre as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Medicina de 2001 e 2014. 2017. 178 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos, Santos, 2017.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Os anos de inverno da Análise Institucional francesa. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, Niterói, v. 18, n. 2, p. 29-46, jul. 2006.

ROSSI, André; PASSOS, Eduardo. Análise institucional: revisão conceitual e nuances da pesquisa-intervenção no Brasil. **Revista Epos**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 156-181, jan. 2014.

SOLER, Rodrigo Diaz de Vivar y; VAZ, Rafael Araldi; RAASCH, Patricia Tatiana; PACKER, Lara Nadine Kanitz; SILVA, Miguel Aloiz Pitz e. Foucault, a educação e o neoliberalismo. **Educação em Revista**, v. 38, 2022.

SOUZA, Luiz Augusto de Paula; MENDES, Vera Lúcia Ferreira. O conceito de humanização na Política Nacional de Humanização (PNH). **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, v. 13, p. 681-688, 2009.

VANE, Lys Angélica Lamera. **O curso experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo**: história e memória, 1968-1974. 2019. 111 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Programa de Anestesiologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

VASCONCELOS, Geni Amélia Nader. Puxando um fio... In: VASCONCELOS, Geni Amélia Nader (org.). **Como me fiz professora**. Rio de Janeiro, DP&A, 2000.

VEYNE, Paul. Foucault revoluciona a história. In: VEYNE, Paul. **Como se escreve a história e Foucault revoluciona a história**. 4. ed. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998. p. 237-285.

WEG, Mark Vander; SULS, Jerry. A History of Clinical Psychology in Medical Settings. In: HUNTER, Christine M.; HUNTER, Christopher L.; KESSLER, Rodger (ed.). **Handbook of Clinical Psychology in Medical Settings**: evidence-based assessment and intervention. Nova Iorque: Springer, 2014. Cap. 2. p. 19-36.