



ECOLOGIAS CURRICULARES E JUSTIÇA SOCIAL NA FORMAÇÃO MÉDICA: TENSÕES ENTRE SELEÇÃO CULTURAL, RELAÇÕES DE PODER E PRÁXIS DOCENTE NO INTERNATO EM MEDICINA NO BRASIL

CURRICULAR ECOLOGIES AND SOCIAL JUSTICE IN MEDICAL EDUCATION: TENSIONS BETWEEN CULTURAL SELECTION, POWER RELATIONS AND TEACHING PRAXIS IN THE MEDICAL INTERNSHIP IN BRAZIL

Enoghalliton de Abreu Arruda

e-mail: enoghalliton.arruda@hotmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5634-4724>

UNIG - Universidade Iguaçu – Campus V

Leonardo de Oliveira Rocha

e-mail: leo.rochax@hotmail.com

ORCID-ID: <https://orcid.org/my-orcid?orcid=0009-0006-9643-2327>

UNIG - Universidade Iguaçu – Campus V

Georgia Reis Marcolongo

e-mail: georgia_marcolongo@outlook.com

ORCIDS: <https://orcid.org/0009-0001-8961-8872>

UNIG - Universidade Iguaçu – Campus V

Jéssica de Abreu Arruda

(Professora Orientadora)

Médica Pediatra (CRM-RJ: 123711-0 – RQE: 60293)

e-mail: jessicafarma@gmail.com

ORCIDS: <https://orcid.org/0000-0002-9229-4848>

UNIG - Universidade Iguaçu – Campus V

Article Info: 8 August 2026, Revised: 17 August 2026, Accepted: 17 August 2026, Published: 18 August 2026

Corresponding author:

Enoghalliton de Abreu Arruda, enoghalliton.arruda@hotmail.com

RESUMO

O presente artigo analisa, sob perspectiva crítico-dialética, as matrizes de seleção cultural que estruturam o currículo dos cursos de Medicina no Brasil, com ênfase no período do internato, problematizando as tensões existentes entre a organização social do conhecimento biomédico, as relações de poder que atravessam os cenários de prática — hospitais-escola, unidades básicas de saúde e demais serviços da rede assistencial — e

os imperativos da justiça social na formação de futuros médicos. Parte-se do pressuposto de que o currículo médico não constitui artefato neutro nem meramente técnico, mas campo de disputa simbólica no qual determinados saberes, práticas e sujeitos são legitimados em detrimento de outros, reproduzindo, com frequência, desigualdades estruturais historicamente consolidadas no sistema de saúde brasileiro. Recorre-se à noção de ecologias curriculares para compreender o currículo não como documento fixo, mas como sistema dinâmico e relacional, atravessado por múltiplas vozes, contextos institucionais e disputas de poder que se atualizam cotidianamente na prática pedagógica do internato. Nesse sentido, dialoga-se com a literatura sociológica clássica sobre reprodução cultural e curricular (Bourdieu; Passeron, 1975; Apple, 1982; Giroux, 1997), articulando-a às discussões específicas do campo da educação médica, notadamente a crítica à tradição flexneriana (Flexner, 1910; Almeida Filho, 2010; Pagliosa; Da Ros, 2008) e às formulações sobre currículo oculto em saúde (Hafferty, 1998; Lempp; Seale, 2004). Argumenta-se que o internato, por constituir-se como etapa de imersão intensiva nos serviços, funciona como locus privilegiado de socialização profissional, no qual normas implícitas, hierarquias e valores — muitas vezes dissonantes do currículo formal — são transmitidos e incorporados pelos estudantes, configurando processos de *habitus* profissional (Bourdieu, 1989) que tendem a naturalizar assimetrias de poder entre médicos e demais profissionais da equipe, entre médicos e pacientes, e entre diferentes especialidades médicas. Discute-se, ainda, o papel das Diretrizes Curriculares Nacionais e das políticas indutoras de mudança na formação médica — a exemplo do Programa Mais Médicos e do Pró/PET-Saúde — na tentativa de reorientar o currículo em direção a uma formação mais integrada às necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS) e aos princípios da integralidade, equidade e universalidade (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Feuerwerker, 2014). Por fim, sustenta-se que a superação das tensões identificadas demanda uma práxis docente crítica, ancorada em pedagogias problematizadoras (Freire, 1987) e na construção coletiva de currículos que reconheçam a diversidade dos cenários de prática — sobretudo a atenção primária e os territórios de vulnerabilidade social — como espaços legítimos e centrais de produção de conhecimento e de formação ética e política dos futuros médicos.

Palavras-chave: Currículo médico; Internato médico; Currículo oculto; Justiça social; Educação médica; Ecologias curriculares.

ABSTRACT

This article analyzes, from a critical-dialectical perspective, the cultural selection matrices that structure the medical curriculum in Brazil, with emphasis on the internship period, problematizing the tensions between the social organization of biomedical knowledge, the power relations that permeate practice settings — teaching hospitals, primary care units and other health network services — and the imperatives of social justice in the training of future physicians. It is assumed that the medical curriculum is not a neutral or merely technical artifact, but a field of symbolic dispute in which certain knowledges, practices and subjects are legitimized to the detriment of others, frequently reproducing structural inequalities historically consolidated in the Brazilian health system. The notion of curricular ecologies is employed to understand the curriculum not as a fixed document, but as a dynamic and relational system, traversed by multiple voices, institutional contexts and power disputes that are daily updated in the pedagogical practice of the internship. The analysis dialogues with classical sociological literature on cultural and curricular reproduction (Bourdieu; Passeron, 1975; Apple, 1982; Giroux, 1997), articulating it with specific discussions in the field of medical education, notably the critique of the Flexnerian tradition (Flexner, 1910; Almeida Filho, 2010; Pagliosa; Da Ros, 2008) and formulations on the hidden curriculum in health (Hafferty, 1998; Lempp; Seale, 2004). It is argued that the internship, as a stage of intensive immersion in health services, functions as a privileged locus of professional socialization, in which implicit norms, hierarchies and values — often dissonant from the formal curriculum — are transmitted to and incorporated by students, configuring processes of professional *habitus* (Bourdieu, 1989) that tend to naturalize power asymmetries between physicians and other health team

members, between physicians and patients, and among different medical specialties. The role of the National Curricular Guidelines and of policies inducing change in medical education — such as the Mais Médicos Program and Pró/PET-Saúde — is also discussed, insofar as they attempt to reorient the curriculum toward training more attuned to the needs of the Brazilian Unified Health System (SUS) and to the principles of comprehensiveness, equity and universality (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Feuerwerker, 2014). Finally, it is argued that overcoming these tensions demands a critical teaching praxis, anchored in problem-posing pedagogies (Freire, 1987) and in the collective construction of curricula that recognize the diversity of practice settings — especially primary care and territories of social vulnerability — as legitimate and central spaces for knowledge production and for the ethical and political formation of future physicians.

Keywords: Medical curriculum; Medical internship; Hidden curriculum; Social justice; Medical education; Curricular ecologies.

1. INTRODUÇÃO

A formação médica no Brasil atravessa, há pelo menos três décadas, um processo contínuo — ainda que irregular e não linear — de reformas curriculares orientadas pela busca de maior aderência às necessidades de saúde da população e aos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. Tal processo, impulsionado por marcos normativos como as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2001 e sua revisão de 2014, bem como por programas indutores de mudança na graduação em saúde, tem produzido deslocamentos importantes na estrutura pedagógica dos cursos, com destaque para a valorização da atenção primária, da integração ensino-serviço-comunidade e das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Não obstante, permanece um hiato significativo entre o currículo formal — expresso em documentos institucionais, matrizes curriculares e projetos pedagógicos — e o currículo real, vivido cotidianamente por estudantes e docentes nos cenários de prática, especialmente durante o internato. Esse hiato tem sido objeto de investigação sob a rubrica do chamado currículo oculto (hidden curriculum), conceito que designa o conjunto de normas, valores, crenças e comportamentos implicitamente transmitidos e aprendidos no cotidiano institucional, muitas vezes em contradição com os princípios explicitamente professados pelo currículo formal (Hafferty, 1998).

Estudos internacionais e nacionais têm demonstrado como o currículo oculto opera na naturalização de hierarquias profissionais, no distanciamento progressivo dos estudantes em relação a posturas empáticas e humanizadas — fenômeno descrito na literatura como erosão da empatia — e na reprodução de modelos assistenciais centrados no hospital e na especialização, em detrimento de abordagens integrais e territorializadas (Lempp; Seale, 2004; Neville, 2009).

Tal fenômeno não pode ser compreendido isoladamente das matrizes histórico-epistemológicas que fundaram o modelo biomédico hegemônico no século XX, cujo marco fundacional é comumente atribuído ao Relatório Flexner (Flexner, 1910), documento que consolidou a centralidade do método científico experimental, da fragmentação disciplinar e da hierarquização entre ciências básicas e clínicas na formação médica ocidental.

Embora reconhecidamente responsável por avanços relevantes na cientificidade da formação médica, a tradição flexneriana tem sido crescentemente criticada por seu reducionismo biologicista, por seu distanciamento das determinações sociais do processo saúde-doença e por sua contribuição histórica para a conformação de currículos rígidos, disciplinares e pouco sensíveis às realidades sociais e territoriais (Pagliosa; Da Ros, 2008; Almeida Filho, 2010). No Brasil, tal crítica ganhou densidade a partir do movimento da Reforma Sanitária e da consolidação do SUS, que demandaram a reformulação dos perfis profissionais e das lógicas formativas em saúde (Feuerwerker, 2014).

É nesse contexto que se propõe, no presente artigo, a análise do currículo médico — particularmente do internato — a partir da noção de *ecologias curriculares*, compreendendo o currículo não como estrutura estática, mas como sistema vivo, relacional e multideterminado, no qual interagem dimensões epistemológicas, institucionais, políticas e subjetivas. Tal perspectiva permite superar leituras tecnicistas do currículo, aproximando-se das contribuições da sociologia da educação sobre reprodução cultural (Bourdieu; Passeron, 1975) e das teorias curriculares críticas (Apple, 1982; Giroux, 1997), que compreendem o currículo como campo de disputa entre projetos societários distintos, no qual se selecionam, hierarquizam e legitimam determinados saberes e práticas em detrimento de outros.

O objetivo central deste artigo é, portanto, problematizar as tensões entre seleção cultural, relações de poder e práxis docente no internato médico brasileiro, discutindo em que medida as ecologias curriculares vigentes favorecem — ou dificultam — a construção de uma formação médica orientada pelos princípios da justiça social.

2. CURRÍCULO COMO CAMPO DE DISPUTA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1 Reprodução cultural e currículo

A compreensão do currículo como instrumento de reprodução das estruturas sociais de poder encontra em Bourdieu e Passeron (1975) uma de suas formulações mais influentes. Para os autores, os sistemas de

ensino operam como mecanismos de violência simbólica, legitimando arbitrários culturais — isto é, conteúdos e práticas que não são naturais nem universais, mas historicamente construídos por grupos dominantes — como se fossem saberes neutros e universalmente válidos. Transposta para o campo da educação médica, tal formulação permite compreender como determinados saberes biomédicos, tecnologias diagnósticas e modelos assistenciais hospitalocêntricos são apresentados aos estudantes como o conhecimento médico legítimo, obscurecendo sua construção histórica, social e política.

Michael Apple (1982), na tradição da nova sociologia da educação, aprofunda essa análise ao afirmar que o currículo não apenas reflete, mas ativamente produz e reproduz relações de poder e desigualdade, na medida em que a seleção do que conta como conhecimento escolar — ou, no caso em análise, conhecimento médico curricularizado — não é neutra, mas expressa interesses e visões de mundo de grupos social e economicamente dominantes.

Henry Giroux (1997), por sua vez, acrescenta a essa discussão a dimensão da agência e da resistência, propondo que professores e estudantes não são meros receptores passivos da reprodução cultural, mas sujeitos capazes de exercer práxis crítica e transformadora dentro e a partir do currículo — perspectiva central para a proposta pedagógica freireana que orienta as considerações finais deste artigo.

2.2 A tradição flexneriana e seus desdobramentos na formação médica brasileira

O Relatório Flexner (1910), encomendado pela Fundação Carnegie para avaliar as escolas médicas norte-americanas e canadenses, tornou-se paradigma normativo para a reforma da educação médica em escala mundial ao longo do século XX. Seus princípios — cientificismo laboratorial, ensino clínico hospitalar, hierarquização entre ciclo básico e ciclo profissional, e forte especialização — moldaram, ainda que com mediações locais, a estrutura curricular predominante nas escolas médicas brasileiras (Almeida Filho, 2010).

Pagliosa e Da Ros (2008) argumentam que, não obstante seus méritos histórico-científicos, o modelo flexneriano consolidou um currículo fragmentado, centrado na doença e no hospital, pouco permeável às dimensões sociais, subjetivas e territoriais do adoecimento, e estruturalmente resistente a incorporar a atenção primária como cenário nobre de formação. Tal legado ainda se manifesta, segundo os autores, na desvalorização simbólica — inclusive entre estudantes e docentes — dos estágios em unidades básicas de saúde frente ao prestígio atribuído aos estágios hospitalares e às especialidades de alta densidade tecnológica, fenômeno amplamente relatado na literatura sobre o internato médico brasileiro.

2.3 Currículo oculto e socialização profissional

O conceito de currículo oculto, cunhado originalmente por Philip Jackson (1968) no campo da sociologia da educação básica e posteriormente apropriado e desenvolvido no campo da educação médica por Frederic Hafferty (1998), refere-se ao conjunto de aprendizados implícitos — normas, valores, condutas e hierarquias — transmitidos não pelo conteúdo formalmente ensinado, mas pela estrutura institucional, pelas relações interpessoais e pelas práticas cotidianas dos cenários de ensino-aprendizagem.

Hafferty (1998) demonstra como o currículo oculto atua de forma frequentemente mais poderosa que o currículo formal na conformação da identidade profissional médica, podendo inclusive contradizê-lo — por exemplo, quando estudantes são formalmente instruídos sobre humanização do cuidado, mas cotidianamente testemunham e incorporam práticas de desrespeito, objetificação de pacientes ou desvalorização de saberes não biomédicos.

Lempp e Seale (2004), em estudo qualitativo com estudantes de medicina britânicos, identificaram como o currículo oculto opera na naturalização de hierarquias entre especialidades, no reforço de posturas autoritárias no ensino clínico à beira do leito e na erosão progressiva de disposições empáticas ao longo do curso — achado corroborado por estudos brasileiros sobre o internato (Rego, 2003; Botti; Rego, 2008).

Tais dinâmicas adquirem relevância particular no internato, etapa em que o estudante se encontra imerso, em tempo integral, nos serviços de saúde, tornando-se especialmente permeável aos processos de socialização profissional — e, portanto, especialmente vulnerável à internalização acrítica de práticas e hierarquias que o currículo formal, paradoxalmente, busca superar.

3. O INTERNATO COMO CENÁRIO DE TENSÕES ENTRE SABER, PODER E CUIDADO

A organização tradicional do internato médico brasileiro, historicamente concentrada nas grandes especialidades hospitalares — clínica médica, cirurgia, pediatria, ginecologia-obstetrícia — reflete, em grande medida, a hierarquia de saberes herdada da tradição flexneriana.

Ainda que as Diretrizes Curriculares Nacionais de 2014 tenham ampliado a carga horária mínima destinada à atenção básica e à saúde mental no internato, pesquisas de campo indicam persistente desvalorização simbólica desses cenários por parte de estudantes, preceptores e, não raro, da própria cultura institucional das escolas médicas (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Feuerwerker, 2014).

Essa hierarquização não é meramente pedagógica, mas profundamente política, na medida em que expressa disputas sobre qual modelo de atenção à saúde — biomédico-hospitalocêntrico ou integral-

territorializado — deve orientar a formação das futuras gerações de médicos, com implicações diretas sobre a capacidade do sistema de saúde brasileiro de consolidar a atenção primária como ordenadora do cuidado, conforme preconizado pelos princípios doutrinários do SUS.

Emerson Merhy (2002), ao propor a categoria de micropolítica do trabalho vivo em saúde, oferece ferramenta analítica relevante para compreender como as relações de poder no internato se atualizam nos encontros cotidianos entre internos, preceptores, demais profissionais da equipe e usuários dos serviços.

Tais encontros são atravessados por disputas simbólicas sobre autoridade técnica, autonomia decisória e legitimidade de saberes, nas quais o estudante de medicina, situado em posição hierárquica intermediária e frequentemente instável, experimenta tensões entre a obediência às normas implícitas do serviço e a busca por afirmação de uma identidade profissional crítica e cuidadora.

Essas tensões tendem a se agravar em contextos de precarização do trabalho em saúde, superlotação de serviços e fragilidade da supervisão pedagógica — condições não incomuns na rede pública brasileira —, o que reforça a urgência de uma práxis docente atenta às dimensões éticas e políticas do cuidado, e não apenas às suas dimensões técnico-procedimentais.

4. POLÍTICAS INDUTORAS DE MUDANÇA E OS LIMITES DA REFORMA CURRICULAR

Programas como o Pró-Saúde, o PET-Saúde e, posteriormente, o Programa Mais Médicos — este último acompanhado da criação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais em 2014 — representaram esforços relevantes do Estado brasileiro para induzir a reorientação da formação médica em direção às necessidades do SUS, fomentando a integração ensino-serviço-comunidade e a ampliação dos cenários de prática para além do hospital (Ceccim; Feuerwerker, 2004; Feuerwerker, 2014).

Todavia, como alertam Feuerwerker (2014) e demais autores do campo da educação em saúde coletiva, mudanças normativas e curriculares formais não se traduzem automaticamente em transformações da cultura institucional e das práticas pedagógicas cotidianas, sobretudo quando não acompanhadas de investimento robusto na formação pedagógica de preceptores e no fortalecimento institucional das condições de exercício da docência nos cenários de prática.

4.1. Investimento em preceptores e desenvolvimento docente

A limitação mais recorrentemente apontada pela literatura diz respeito ao descompasso entre a ambição das reformas curriculares e a precariedade das condições concretas de sua implementação. Preceptores — muitas vezes profissionais assistenciais sem formação pedagógica específica, sobrecarregados por metas de produtividade clínica e sem tempo protegido para a supervisão educacional — acabam por reproduzir, na prática cotidiana do internato, exatamente os modelos hierárquicos e hospitalocêntricos que as novas diretrizes pretendiam superar (Feuerwerker, 2014).

Nesse sentido, a mudança curricular formal, quando não acompanhada de investimento sistemático em desenvolvimento docente e em processos de educação permanente para preceptores, tende a operar como reforma de fachada, incapaz de alterar substantivamente as ecologias curriculares vividas pelos estudantes.

Ceccim e Feuerwerker (2004), ao proporem o conceito de quadrilátero da formação — articulando ensino, gestão, atenção e controle social —, já alertavam para a necessidade de que as transformações curriculares fossem acompanhadas de mudanças correspondentes na gestão dos serviços e na organização do trabalho em saúde, sob pena de as inovações pedagógicas permanecerem confinadas a experiências pontuais e pouco sustentáveis institucionalmente.

4.2. Resistências institucionais e disputas corporativas

Some-se a isso a resistência de setores corporativos e disciplinares das próprias escolas médicas, para os quais a ampliação da carga horária destinada à atenção primária e às práticas territorializadas é frequentemente lida como perda de espaço, prestígio e poder político dentro da estrutura acadêmica — disputa que se manifesta, por exemplo, na distribuição de cargas horárias entre departamentos, na composição de colegiados de curso e na definição de critérios de avaliação discente.

Tais resistências evidenciam que o currículo médico, longe de ser terreno consensual, constitui-se como espaço de disputa entre diferentes projetos político-pedagógicos e diferentes frações do corpo docente, com desiguais capacidades de influência institucional (Apple, 1982).

5. PRÁXIS DOCENTE CRÍTICA E JUSTIÇA SOCIAL: CAMINHOS POSSÍVEIS

Diante do quadro de tensões apresentado, sustenta-se que a superação — ainda que parcial e processual — das assimetrias identificadas no internato médico brasileiro demanda a construção de uma práxis docente ancorada nos pressupostos da pedagogia problematizadora freireana (Freire, 1987). Tal práxis supõe o reconhecimento do estudante não como depositário passivo de conhecimentos e condutas profissionais, mas como sujeito capaz de refletir criticamente sobre as contradições vivenciadas nos cenários de prática, articulando teoria e ação em um movimento contínuo de leitura crítica da realidade sanitária e social que o cerca.

Isso implica, em termos concretos, ao menos três movimentos articulados:

1. Explicitação do currículo oculto: como objeto de reflexão pedagógica formal, por meio de espaços institucionalizados de discussão — rodas de conversa, grupos de reflexão, tutoria e supervisão clínico-pedagógica — nos quais preceptores e internos possam nomear e problematizar as hierarquias, os dilemas éticos e as contradições vivenciadas cotidianamente nos serviços, em vez de deixá-los operar de modo silencioso e naturalizado (Hafferty, 1998; Lempp; Seale, 2004).

2. Valorização institucional efetiva da atenção primária e dos territórios de vulnerabilidade social: como cenários legítimos e centrais — e não meramente complementares ou propedêuticos — de produção de conhecimento clínico e de formação ética, o que demanda equalização simbólica e material (infraestrutura, remuneração de preceptores, prestígio acadêmico) entre estágios hospitalares e extra-hospitalares (Pagliosa; Da Ros, 2008; Feuerwerker, 2014).

3. Investimento contínuo em desenvolvimento docente: capacitando preceptores não apenas em conteúdos técnico-clínicos, mas em fundamentos de pedagogia crítica, ética do cuidado e análise das relações de poder no trabalho em saúde, de modo a qualificá-los como mediadores intencionais — e não meros reprodutores inadvertidos — das ecologias curriculares em que atuam (Giroux, 1997; Ceccim; Feuerwerker, 2004).

Trata-se, em síntese, de reconhecer que a justiça social na formação médica não se realiza por decreto curricular, mas se constrói cotidianamente nas microrrelações pedagógicas do internato — nos gestos, silêncios, palavras e posturas que compõem o currículo vivido — demandando vigilância crítica permanente e compromisso ético-político sustentado de docentes, gestores e instituições formadoras.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente artigo buscou evidenciar, a partir da noção de ecologias curriculares, que o currículo do internato médico brasileiro constitui campo dinâmico de disputa simbólica, no qual a seleção cultural de saberes legítimos, as relações de poder que atravessam os cenários de prática e os imperativos da justiça social encontram-se em tensão permanente.

Longe de constituir artefato técnico neutro, o currículo médico — sobretudo em sua dimensão oculta e vivida — opera como potente mecanismo de socialização profissional, capaz tanto de reproduzir assimetrias historicamente consolidadas quanto, sob determinadas condições pedagógicas e institucionais, de constituir-se como espaço de resistência e transformação.

As políticas indutoras de mudança na formação médica brasileira, a exemplo das Diretrizes Curriculares Nacionais e dos programas Pró-Saúde, PET-Saúde e Mais Médicos, representam avanços normativos relevantes, mas seus efeitos permanecem condicionados pela qualidade da implementação institucional, pelo investimento em desenvolvimento docente e pela correlação de forças entre diferentes projetos político-pedagógicos no interior das escolas médicas.

Nesse sentido, conclui-se que a construção de uma formação médica orientada pelos princípios da justiça social depende, em última instância, do fortalecimento de uma práxis docente crítica e problematizadora, capaz de explicitar e confrontar as contradições do currículo oculto, valorizar substantivamente a atenção primária e os territórios de vulnerabilidade social como espaços legítimos de formação, e reconhecer, tanto docentes quanto estudantes, como sujeitos históricos capazes de transformar as ecologias curriculares que os constituem.

Como agenda de pesquisa futura, sugere-se o aprofundamento de estudos empíricos — de natureza etnográfica e longitudinal — capazes de captar, em sua complexidade cotidiana, os modos pelos quais estudantes e preceptores brasileiros vivenciam, negociam e, por vezes, subvertem as tensões aqui discutidas ao longo do internato médico.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N. **Higher education and health care in Brazil**. The Lancet, v. 377, n. 9781, p. 1898-1900, 2010.
- APPLE, M. W. **Ideology and curriculum**. London: Routledge & Kegan Paul, 1982.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J.-C. **A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

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

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIROUX, H. A. **Os professores como intelectuais: rumo a uma pedagogia crítica da aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

HAFFERTY, F. W. Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. **Academic Medicine**, v. 73, n. 4, p. 403-407, 1998.

JACKSON, P. W. **Life in classrooms**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968.

LEMPP, H.; SEALE, C. The hidden curriculum in undergraduate medical education: qualitative study of medical students' perceptions of teaching. **BMJ**, v. 329, n. 7469, p. 770-773, 2004.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

NEVILLE, A. J. Medical school curricula: revisiting the hidden curriculum. **Academic Medicine**, v. 84, n. 4, p. 435-436, 2009.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

REGO, S. **A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.