

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO – MESTRADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Eduardo Luís Pochmann

**UMA ABORDAGEM COMPLEXA DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM  
DOS ALUNOS DE MEDICINA NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DA  
UNISC**

Santa Cruz do Sul  
2012

Eduardo Luís Pochmann

**UMA ABORDAGEM COMPLEXA DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM  
DOS ALUNOS DE MEDICINA NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DA  
UNISC**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado, Área de Concentração em Educação, Linha de Pesquisa em Aprendizagem, tecnologias e linguagens na educação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr. Nize Maria Campos Pellanda

Santa Cruz do Sul  
2012

Eduardo Luís Pochmann

**UMA ABORDAGEM COMPLEXA DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM  
DOS ALUNOS DE MEDICINA NO AMBULATÓRIO DE REUMATOLOGIA DA  
UNISC**

Esta Dissertação foi submetida ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado; Área de Concentração em Educação; Linha de Pesquisa em Aprendizagem, tecnologias e linguagens na educação, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

*Dr. Nize Maria Campos Pellanda*  
Orientadora - UNISC

*Dr. Deisimer Gorczewski*  
Professora examinadora - UFC

*Dr. Ivan Seibel*  
Professor examinador – UNISC

*Dr. Ana Luisa Teixeira de Menezes*  
Professora examinadora – UNISC

*À professora Nize pela dedicação e a paciência.*

*À Giseli, pela incansável ajuda.*

*Quem é radicalmente professor, leva todas as coisas a sério apenas em relação aos seus alunos - inclusive a si próprio.*

(FRIEDRICH NIETZCHE)

## **RESUMO**

O presente estudo propõe a discussão de uma perspectiva holística, não-linear, de aprendizagem, frente ao paradigma da racionalidade científica positivista fragmentada. Tem, por objetivo, dentro do princípio da complexificação pelo ruído de H. Atlan e da autopoiese de H. Maturana e F. Varela, a criação de um ambiente que possibilite um processo emergente de auto-organização do aluno e o acoplamento estrutural com o paciente. A proposta metodológica foi desenvolvida a partir de uma abordagem qualitativa e o ambiente escolhido para geração de dados o ambulatório de Reumatologia da UNISC. Pretendo, através de narrativas, saber como ocorre o processo de aprendizado dos acadêmicos de medicina à luz de concepções da complexificação.

**PALAVRAS-CHAVE:** Biologia da cognição. Autopoiese. Formação médica.

## **ABSTRACT**

This study proposes an holistic, non-linear, learning perspective , despite the scientific and rational paradigm in a fractionable philosophic positivism doctrine. The objective of the study is to create an environment for an emergent student's process of learning with the patients, using the principle of H. Atlan's noise complexification and the H. Maturana and F. Varela's autopoiesis. It has been proposed a qualitative methodologic study into an emergent self-construction between the student and the structural coupling with the environment and the patients in the UNISC School of Medicine. It was intended, through self-narratives, to reach the acknowledge of my student's complexification and self-construction.

**KEYWORDS:** Biology of cognition. Autopoiesis. Medical knowledge.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>8</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>18</b>
<b>3.1</b>	<b>Procedimentos e geração de dados.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Análise dos dados.....</b>	<b>20</b>
<b>4</b>	<b>PRODUÇÃO DAS NARRATIVAS.....</b>	<b>12</b>
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS.....</b>	<b>42</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS.....</b>	<b>45</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
	<b>ANEXO A – Autorização da pesquisa.....</b>	<b>52</b>
	<b>ANEXO B – Termo de Consentimento.....</b>	<b>54</b>



## 1. INTRODUÇÃO

A ciência moderna tem por característica dogmatizar suas informações e pesquisas na explicação da realidade que se expressa mediante uma relação de causa / efeito e estabelece critérios de verdade, como promessa de um pretendido conhecimento final. O maior equívoco da filosofia ocidental, desde os tempos de Aristóteles e Platão e reforçada por Descartes, tem sido considerar o homem como um corpo e uma mente e separar o que sentimos do que somos. O conhecimento tem focalizado a união do corpo e mente, muitas vezes privilegiando um sobre o outro.

Durante minha formação médica na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), no final dos anos 90, deparei-me com instituições tradicionais permeadas de regras hierárquicas, muitas vezes desnecessárias e utilizadas pelos professores, numa posição de superioridade intelectual em que os mesmos eram detentores absolutos do conhecimento. Pensar, aprender, refletir, questionar e até mesmo interagir fora dos padrões estabelecidos de aprendizagem era interpretado como ato subversivo às regras da academia. O ensino era determinista em que o professor transmitia o conteúdo indubitavelmente aceito pelos alunos. Além disso, como na medicina do século XIX, o doente era visto anatomicamente como uma mera estrutura orgânica viva e como mero objeto de pesquisa em que este era comentado entre nós, por exemplo, como o “leito do paciente da pneumonia, ou aquele do problema renal”. Tudo isso já naquela época me perturbava, de forma que algo estava errado e que mudanças eram necessárias, o que se comprovava, muitas vezes, por episódios presenciados por mim em que os educadores demonstravam seus ensinamentos práticos com os pacientes sendo literalmente usados como cobaias, sem a devida consideração com os mesmos. Além disso, ocorriam punições verbais desnecessárias a alunos contestadores e em outras situações semelhantes. Na minha formação prática, o educador conduzia a consulta médica, fazia o exame físico e dava o diagnóstico, e nós alunos éramos meros espectadores, o que impedia o desenvolvimento de um raciocínio médico mais aguçado. Segundo Nietzsche, a construção do conhecimento se faz pela complexidade, educação e vida “Aprender a pensar: nossas escolas não têm a menor ideia do que isso significa.” Friederich Nietzsche, em sua abordagem da realidade e do conhecimento na modernidade, com algumas exceções importantes, trabalhava com a ideia de estabilidade, fragmentação e objetividade. Ora, esses são pressupostos muito distantes da vida concreta de cada ser humano e, por esse motivo, a filosofia e a ciência se afastaram muito da

vida pulsante, das emoções e sentimentos. Com Nietzsche (1983), fazendo “filosofia a martelo”, começa uma alerta sobre petrificação dos conceitos e uma denúncia da perda de autonomia dos seres humanos. Esse pensador desconstrói a centralidade da racionalidade abrindo caminho para se pensar a educação em termos de vida e potência. E por aí ataca a educação que impede os jovens de serem autores e de experimentarem-se.

Essas práticas didáticas no meu entender são consideradas como altamente inibidoras do ser/conhecer. Essa inseparabilidade das dimensões da realidade é a marca principal do trabalho pautado no paradigma da complexidade, fazendo contraponto com as questões da fragmentação da modernidade que representam um foco importante de análise. O quadro teórico para análise dos dados foi construído a partir de ciências que constituem o movimento de auto-organização (MAO) focalizando principalmente as teorias biológico/cognitivas da Biologia do Conhecer de H. Maturana, F. Varela, V. Kastrup e a Complexificação pelo ruído de H. Atlan.

A Biologia do Conhecer ou da Cognição de Maturana e Varela (1998) não fala de norma, mas de que todo ser vivo, na dimensão biológica, está acoplado a um meio, estando, deste modo, adaptado a ele; quando o organismo perde esta capacidade de adaptação, morre. No plano da linguagem, o autor fala sobre as coordenações consensuais de ação que podem vir a ser normativas, sendo que a capacidade de reinventar a norma estabelece uma relação de cognição como invenção.

Como médico reumatologista, professor da disciplina de Reumatologia da Universidade de Santa Cruz do Sul e coordenador do ambulatório de reumatologia desde outubro de 2008 percebi como educador que agia da mesma forma que meus educadores. Comecei a pensar como mudar esta situação.

Somos ao mesmo tempo um ser racional, emocional e instintivo. A proposta da complexidade procura responder à este acoplamento ou visão do todo, do ser humano em conexão e implicação direta de seus atos com o mundo, uma vez que vivemos numa sociedade dicotômica que opõe emoção e razão ou, indo além, a diferenciação entre afetivo, emotivo e cognitivo. Outras maneiras de expressar essa mesma mudança de paradigma vêm surgindo de muitas áreas do conhecimento.

A visão holística, o pensamento complexo, as teorias da consciência, as ciências da mente e inúmeras outras propostas vêm sendo elaboradas e vão se tornando conhecidas. Essa proposta para mim constitui a essência de outra maneira de estar no mundo.

Como professor, dentro da Biologia da Cognição, propus uma mudança na relação professor/ aluno, passando daquele que detém o saber para o intermediário do aluno para que

seja possível explorar suas diferentes perspectivas de aprendizado. Portanto, criei mecanismos aos alunos com desafios e oportunidades para agir e interagir com o doente como um profissional médico com suas devidas responsabilidades, mas sem perder o propósito inicial de uma conduta humanística e refletir as relações existentes entre afetividade, emoção e cognição no processo ensino-aprendizagem. O professor faz parte do grupo no qual o conhecimento a ser construído envolve o aprendiz e o paciente.

Atualmente, interajo com os alunos do curso de Medicina do 7º e 8º semestres com aulas expositivas e seminários no que tange à parte teórica durante cada semestre. As aulas práticas ocorrem no ambulatório e os alunos do 8º semestre atendem em torno de 14 pacientes com dor crônica ou doenças reumatológicas duas vezes por semana, divididos em grupos compostos por acadêmicos que atendem nos consultórios os pacientes sem a minha presença e interferência direta.

O processo ensino-aprendizagem nesta perspectiva não é transmitir conteúdos previamente analisados e tidos como verdadeiros ou corretos. Os problemas surgem na medida em que atendemos os doentes e, por serem ligados ao mundo dos alunos, esses problemas serão muitas vezes abertos, multifacetados e sem resposta única. A minha proposta foi a de criar um ambiente propício para que a resolução de problemas, ao considerar diferentes perspectivas, fosse transdisciplinar e sem fugir dos conceitos e diretrizes acadêmicas. Ao professor coube também proporcionar ao aluno a possibilidade de trabalho em grupo e estimular a discussão. Os alunos trabalharam cooperativamente, mas, ao mesmo tempo, com a realização de suas tarefas sozinhos em que foram estimulados a solucionar problemas e construir conhecimento e um atendimento humanizador à população que consulta no ambulatório SUS de Santa Cruz do Sul.

A partir do discurso acima, observei um problema: as escolas médicas em geral são fragmentadoras das dimensões do fazer, do ser e do conhecer, impossibilitando a capacidade de construir um desenvolvimento cognitivo enativo (saber fazer), se a aprendizagem tem a ver com a nossa ontogenia “aprender é viver”, como se defende na teoria da autopoiese, ou seja, quando o conhecimento é corporificado com uma autonomia do pensar/ fazer. Assim, esses alunos acabam por adotar práticas tradicionais de aprendizado e raciocínio científico com uma formação racionalista e isolacionista. Esses são pressupostos muito distantes do ideal da medicina e de toda a ciência moderna, por esse motivo, a filosofia e a ciência se afastaram muito da vida pulsante, das emoções com perda de autonomia dos alunos impedindo os jovens de serem autores e de experimentarem-se termos de uma inseparabilidade ser/conhecer/falar/fazer.

Podemos questionar, frente ao atual ambiente acadêmico, se este está estruturado de forma que proporcione um ensino-aprendizado que realmente provoque, perturbe e transforme o aluno de forma consistente dentro da perspectiva da complexidade para seu processo de construção do conhecimento. A aprendizagem frente ao paradigma da racionalidade científica positivista fragmentada é aqui questionada, objetivando dentro do princípio da complexificação pelo ruído.

Assim, questionei como ocorre este processo de complexificação do aluno no ambiente do ambulatório de reumatologia organizado de forma a produzir perturbações significativas de auto-organização.

Busquei através deste projeto uma renovação no campo do ensino médico que superasse o velho conceito e práticas arraigadas de ensino e avaliação como constatação/ verificação de um nível limitado de aprendizagem do aluno. É preciso conhecer as características dos processos, ultrapassando o estudo de tudo quanto se manifesta para se prolongar até a identificação das causas e consequências e não apenas dos resultados em si tornando possível tomar medidas que possam contribuir para o aperfeiçoamento do ensino e, conseqüentemente, para a efetivação da aprendizagem dentro de uma nova opção de avaliação epistemológico-pedagógico. A compreensão dos significados é evidenciada quando, ao se apropriar do conhecimento, o aluno redefine-se em relação aos seus conhecimentos anteriores. Esta apropriação não existe se a aprendizagem ocorrer através de conceitos fragmentados, isolados, sem relação entre o geral e as partes como formalmente ocorre nas escolas médicas. O que resulta, neste tipo de aprendizagem, é uma repetição de conceitos memorizados e um padrão de atendimento pouco humanizado, cognitivamente pobre, tanto na forma enativa como inventiva, que não resultarão em novas explicações de mundo nem tampouco em novas reflexões e atitudes. Portanto, desenvolver o pensamento complexo e significativo é recriar o conhecimento e estimular a humanização do raciocínio diagnóstico e terapêutico e do ato médico com afetividade, criatividade e espiritualidade, em que o acoplamento estrutural sujeito/meio se modifica dependendo da nossa estrutura no momento de interação no qual somos sistemas auto-organizadores, fechados para informação, mas abertos para trocas.

Reforço aqui a introdução. O ensino médico e o ambiente ambulatorial/ hospitalar e a metodologia de aprendizagem e raciocínio é fragmentada e formalista na maioria das escolas, apesar de lentas mudanças, e, diferente do que era apregoado até então, quero desenvolver e proporcionar ao aluno mudanças através de uma aprendizagem complexa, integrada, viva, pulsante em um contexto onde ocorra a auto-organização e construção em cada aluno de um conhecimento da disciplina.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

O modelo da ciência positivista vem influenciando a Educação e decorre de uma associação de várias correntes de pensamento da cultura ocidental, dentre elas, a Revolução Científica, o Iluminismo e a Revolução Industrial, que estiveram presentes a partir dos séculos XVII, XVIII e XIX. As idéias iniciais que muito influenciaram as Eras Moderna e Contemporânea foram formuladas no início da modernidade.

Fundamentado nas descobertas de Galileu, Bacon, Descartes e Newton, o paradigma tradicional baseava-se no conhecimento "objetivo" obtido pela experimentação e na observação controlada, buscando o critério de verdade na experimentação (sensação) com a lógica matemática (razão), o que deu origem a duas correntes filosóficas importantes: o racionalismo e o empirismo. Foi o período do primado da razão, onde a essência do ser estava na razão e, através da racionalidade, atingia-se a verdade e solucionavam-se os problemas. Acreditava-se que todo pensamento lógico era verdadeiro. Era um mundo limitado pelos cinco sentidos, que podia ser cheirado, ouvido, degustado, palpado ou visto e a partir do qual se podia manipular e controlar as coisas. Toda a verdade, segundo esse paradigma, existia fora do sujeito, dependendo do conhecimento exterior, captado pelos órgãos dos sentidos.

De acordo com esse modelo, dividir era necessário, e o pensamento caminhava do mais simples para o mais complexo. Mente e matéria eram duas coisas fundamentalmente distintas e separadas, sendo a primeira mais importante do que a segunda. O mundo era uma máquina perfeita que poderia ser descrita objetivamente, independente do observador humano, e os efeitos dependiam de suas causas. A partir dessa época, todos os princípios epistemológicos e filosóficos pragmáticos presentes no estudo da natureza, desde o século XIV, começaram a ser aplicados aos fenômenos sociais como se fossem naturais, apesar da profunda diferença entre eles. Na educação, inúmeras foram as influências do velho paradigma. Dentre elas, o prevaecimento de um sistema paternalista, hierárquico, autoritário, dogmático e a presença de uma escola que exige memorização, repetição, cópia, que dá ênfase ao conteúdo, ao resultado, ao produto, recompensando o conformismo, a "boa conduta", punindo os "erros" e as tentativas de liberdade e expressão (OLIVEIRA,1999).

O paradigma cartesiano estabelece um determinismo na explicação da verdade, como promessa de um pretendido conhecimento final, embasado no mecanicismo newtoniano, que procura leis universais, estabelecendo uma relação de causa e efeito, como exemplifica o físico Fritjof Capra (1999): “chutar uma pedra e um cão são duas histórias muito diferentes, ou seja, ao chutar uma pedra ela reagirá de acordo com uma cadeia linear de causa e

efeito. Seu comportamento pode ser calculado aplicando-se a ele as leis básicas da mecânica newtoniana. O cão responderá com mudanás estruturais de acordo com a própria natureza e com seu próprio padrão (não linear) de organização. O resultado é , em geral, imprevisível”. Na concepção de Descartes da natureza de divisão da mente e matéria, onde o universo material, incluindo os seres vivos, eram vistos como uma máquina que em princípio poderia ser analisada com tal .

O primeiro avanço foi a introdução da mecânica quântica, por Max Planck, em 1900, que diz que um estado físico requer, para a sua descrição, variáveis selecionadas a partir de uma variedade de observações possíveis. A relação entre instinto e consciência foi repensada e, também em 1900, surge *A Interpretação dos Sonhos*, de Sigmund Freud. Ambas as propostas sugerem percepções de diferentes níveis de realidade e uma nova visão do universo material e do universo psíquico colidindo com o paradigma baseado na fragmentação. Esses impedimentos surgem com a dificuldade de nos vermos como seres relacionais, como autores de nossa própria existência e de nosso processo cognitivo, como, ainda, de nos reconhecermos como seres cósmicos. Esses princípios, segundo Capra (1996), estão na origem das descobertas das novas ciências complexas.

O segundo avanço na perspectiva de Capra refere à lógica clássica. O matemático holandês Luitzen Brouwer publicou importante trabalho em 1905, no qual contesta a total subordinação do pensamento lógico ao princípio do terceiro excluído, dizendo que ele não corresponde a nossa intuição. Há sistemas que necessitam uma lógica mais geral, poderíamos dizer mais flexível, nos seus critérios de decisão. A proposta de Brouwer ficou conhecida como intuicionismo.

As teses típicas do intuicionismo de Brouwer são as seguintes: 1) a existência dos objetos matemáticos é definida pela sua possibilidade de construção, por isso, só "existem" entes matemáticos que possam ser construídos; 2) o princípio do terceiro excluído não é válido para proposições em que haja referência a grandezas infinitas; 3) as definições impredicativas não são válidas. Conforme Heytin (1934), a rejeição do princípio do terceiro excluído implica a rejeição da dupla negação, portanto do método da prova indireta. Este método, entretanto, fundamenta a corrente formalista da matemática, patrocinada por Hilbert; segundo essa concepção, para estabelecer a existência de uma entidade matemática basta a demonstração de que ela não implica contradição.

O terceiro avanço, com importantes implicações filosóficas, foi dado em 1935 pelo matemático Kurt Gödel. Segundo Capra (1996), estudando sistemas formais da aritmética, Gödel enunciou um teorema que não pode ser demonstrado no próprio sistema. Isto é, esses

sistemas só podem ser estudados num contexto mais amplo, com considerações fora do sistema. Consequentemente, é necessário considerar sistemas abertos de conhecimento.

Por fim, com a Segunda Guerra Mundial, os militares americanos reúnem um grupo de cientistas entre eles Norbert Wiener e John Von Neumann para investigar interesses científicos comuns os quais resultaram em uma nova ciência chamada cibernética. Esta foi definida por Wiener como a “ciência do controle e da comunicação no animal e na máquina”, a partir de 1946 em Nova Iorque, desenvolveu-se uma série de conferências chamadas de “Conferências Macy’s”, pelo patrocínio do fundador da rede de lojas com o mesmo nome, reunindo cientistas que se empenharam em diálogos interdisciplinares para explorar idéias e novos modos de pensar. Capra (1996) esclarece que a cibernética (palavra deriva do grego *kybernetes* ou “timoneiro”), como nova ciência, tomou força com expoentes que se destacavam nas reuniões como os matemáticos Norbert Wiener, John Von Neumann e Gregory Bateson, cuja intenção era criar uma ciência exata da mente e a descoberta da retroalimentação como um padrão geral de vida entre organismos e máquinas, oferecendo uma concepção científica unificada do cérebro e da mente, onde o sistema nervoso humano não apenas processa informações apreendidas pelo sistema cognitivo no exterior, mas interage, é afetado, nunca determinado, pelo meio ambiente de forma não linear, seguindo um padrão de rede auto-organizacional, modulando sua própria estrutura. Estas teorias acabaram proporcionando assim o nascimento da primeira cibernética.

No final década de 50, o físico e ciberneticista Heinz Von Foerster impulsionou a cibernética com novas idéias de auto-organização, desenvolvendo um modelo qualitativo para os seres vivos chamado de “ordem pelo ruído”, indicando um sistema auto-organizador em que o ruído é gerador de conhecimento, energia, integrando-o à estrutura do ser vivo, aumentando sua ordem interna. Já Henry Atlan em seguida ampliou o entendimento desta teoria criando a Teoria da Aprendizagem pela Complexificação. Criou-se o movimento de auto-organização (MAO), o que possibilitou, juntamente com o biólogo chileno Humberto Maturana, a apresentar suas idéias de cognição como um fenômeno biológico, supondo que os organismos vivos estão organizados em uma rede ou sistema circular fechado, onde os sistemas vivos são sistemas cognitivos e a vida é um processo de cognição.

Em 1970, Maturana aprofundou suas pesquisas com o colega chileno Francisco Varela, com seu conceito organizador denominado autopoiese, em sua noção central de cognição incorporada, representam a ponta mais complexa das Ciências Cognitivas. Essas teorias surgiram a partir do desdobramento da cibernética na Bio-Cibernética. Maturana e Varela,

portanto, muito devem de suas elaborações teóricas à Heinz von Foerster: o pai desse novo movimento conhecido como Segunda Cibernética.

De acordo com a teoria da autopoiese desenvolvida por Maturana e Varela, nos constituímos em organismos vivos, sistemas determinados por nossa estrutura, que se modifica na relação com o meio. Esta modificação foi chamada de acoplamento estrutural, em que o sujeito/meio se modifica, dependendo da nossa estrutura no momento de interação no que chamaram de perspectiva de uma cognição Enativa (saber fazer). Somos sistemas auto-organizadores, fechados para informação, mas abertos para trocas, ou seja, no âmbito do aprendizado, dentro dos pressupostos da complexidade, o conhecimento é formado em cada indivíduo a partir de estímulos externos que o perturbam, e não por “entradas ou saídas”, assim afirma-se que o viver está ligado ao conhecer.

O célebre sociólogo francês Edgar Morin, considerado um dos pensadores mais importantes que defendem o enraizamento do antropossocial no seio físico- biológico. Ele defende e debate extensamente a lógica do indivíduo como sistema vivo como condição para que ele possa situar-se no centro do mundo para poder conhecer e agir. MORAES (2003 p.223) Relata também que o problema do conhecimento é um desafio porque só podemos conhecer, como dizia Pascal, as partes se conhecermos o todo em que se situam, e só podemos conhecer o todo se conhecermos as partes que o compõem.

Deveríamos, portanto, ser animados por um princípio de pensamento que nos permitisse ligar as coisas que nos parecem separadas umas em relação às outras. Ora, o nosso sistema educativo privilegia a separação em vez de praticar a ligação. A organização do conhecimento sob a forma de disciplinas seria útil se estas não estivessem fechadas em si mesmas, compartimentadas umas em relação às outras; assim, o conhecimento de um conjunto global, o homem, é um conhecimento parcelado. Se quisermos conhecer o espírito humano, podemos fazê-lo através das ciências humanas, como a psicologia, mas o outro aspecto do espírito humano, o cérebro, órgão biológico, será estudado pela biologia.

Segundo Morin (2003), vivemos numa realidade multidimensional, simultaneamente econômica, psicológica, mitológica, sociológica, mas estudamos estas dimensões separadamente, e não umas em relação com as outras. O princípio de separação torna-nos talvez mais lúcidos sobre uma pequena parte separada do seu contexto, mas nos torna cegos ou míopes sobre a relação entre a parte e o seu contexto.

O conhecimento pertinente deve também enfrentar a complexidade. Complexo significa o que está tecido junto; há complexidade quando são inseparáveis os elementos diferentes que constituem o todo; existe um tecido interdependente, interativo e inter-



retroativo entre o objeto do conhecimento e seu contexto. A educação deve promover uma “inteligência geral” apta para referir-se, de maneira multidimensional, ao complexo, ao contexto em uma concepção global (MORIN, 1999).

O pensar complexo, segundo Morin (1999), sugere resgatar a interconexão das partes; assumir um modo de pensar que distingue, mas não disjunta; articular simultaneamente todos os referenciais; trabalhar com um cenário epistemológico; complementar as oposições; integrar ambiguidades e diferenças; trabalhar com o todo e com as partes sem os separarmos.

Se o mundo é concebido como totalidade em movimento constante, um fluxo de energia em processo de mudança, então nada é definitivo. Em decorrência, é preciso compreender que também o pensamento deve ser entendido como uma atividade que está em processo; da mesma forma, o conhecimento que é produzido, comunicado, transformado e aplicado no pensamento. O conhecimento deixa de ser visto numa perspectiva estática e passa a ser enfocado como processo. Foi esta passagem do conhecimento-estado para o conhecimento-processo que revolucionou a nossa compreensão a respeito do desenvolvimento de cada indivíduo, que implica a passagem de um conhecimento menor para um outro estado de conhecimento maior e mais completo.

Da compreensão do mundo em termos de fluxo universal de eventos e processos decorre uma mudança de metáfora do conhecimento constituído de blocos fixos e imutáveis para conhecimento em rede, em que todos os conceitos e teorias estão interconectados. Nesta teia interconexa, constituída de conceitos, teorias e modelos, não há nada que seja mais fundamental ou primordial do que qualquer outra coisa. Outro aspecto importante, decorrente do novo paradigma científico, é a reintegração do sujeito no processo de observação científica, já que não podemos separar sujeito, objeto e processo de observação. Conforme Oliveira (1996), o conhecimento do objeto depende do que ocorre dentro do sujeito, de seus processos internos e, assim, cada indivíduo organiza a sua própria experiência. O conhecimento é produto de uma relação indissociável entre essas três variáveis.

No novo paradigma, todos os conceitos, todas as teorias e as descobertas têm um caráter limitado e são aproximadas. Isto nos leva a concluir que não há certeza científica e que estamos sempre gerando novas teorias, a partir de novos insights, que dependem da maneira como observamos o mundo. Construimos, portanto, "teorias transitórias", cada vez mais próximas da realidade. Há outras consequências importantes do novo pensamento científico, mas o momento atual requer maior concentração em outros aspectos para que a nossa construção teórica não fique limitada, empobrecida, em função dos objetivos deste trabalho.

É, pois, necessário que toda a ciência se interrogue sobre as suas estruturas ideológicas e o seu enraizamento sócio cultural. Aqui, damos-nos conta de que nos falta uma ciência capital, a ciência das coisas do espírito, capaz de conceber como e em que condições culturais as idéias se agrupam, se encadeiam, se ajustam umas as outras, constituindo sistemas que se auto-regulam, se autodefendem, se automultiplicam, se autoprogramam. Morin (1999) nos alerta que falta-nos uma sociologia do conhecimento científico que seja não só poderosa, mas também mais complexa que a ciência que examina.

O filósofo Pedro Demo (2002 p.141), em sua obra *Complexidade e Aprendizagem*, conceitua utilizando Maturana, Varela, Morin buscando avançar na teoria da complexidade relacionada à dinâmica não linear do conhecimento. questão do “aprender a aprender” como a verdadeira dimensão de gestação de oportunidades da aprendizagem: “quem sabe aprender, alarga seus horizontes, explora alternativas, conquista fronteiras”, que o aprender é dinâmica da vida, que a “bagagem recebida na vida não é ponto final. É apenas ponto de partida”.

Pedro Demo reforça a noção de captação do real como conhecimento construtivista, com as teorias de Maturana: O que entra em nossa cabeça não "entra" propriamente de fora para dentro, mas de dentro para fora, ou seja, a nosso modo, em termos também subjetivos e pessoais, ou do ponto de vista do observador, como diria Maturana. (Demo, 2002, p.39)

A contribuição mais importante do MAO para a ciência atual segundo Boelen (1992 p.29) talvez seja o trabalho interdisciplinar dos seus cientistas, dimensão considerada fundamental no âmbito da promoção da saúde, e à qual a formação de profissionais de saúde deverá estar atenta. Assim, por exemplo, a formação médica deverá contemplar áreas tão variadas como a Ética, a Política, a Gestão, a Intervenção Comunitária, etc. As Escolas de Medicina não poderão ficar indiferentes ao pedido generalizado de relevância, qualidade, relação custo/eficácia e equidade nos cuidados de saúde. Conclui que a prática médica deve adaptar-se a novas solicitações colocadas pela sociedade, de igual modo a educação médica deve mudar.

### 3. METODOLOGIA

Após a fundamentação teórica nas aulas do Programa de Mestrado em Educação da UNISC, no ano de 2010, e aprovação da qualificação do projeto de dissertação em junho de 2011, iniciei o trabalho de pesquisa com os alunos, primeiramente, com orientações e explanações teóricas sobre os fundamentos da narrativa, pois os mesmos nunca haviam tido contato com esse formato de ensaio escrito. No início das atividades práticas, nas segundas e terças-feiras, no núcleo acadêmico da medicina- UNISC, junto ao Hospital Santa Cruz, os acadêmicos iniciaram em junho de 2011 os atendimentos e no final dos atendimentos, discutíamos os casos coletivamente. No final das consultas, cada um era abordado por mim com a preocupação de individualizar o problema e o aprendizado para a futura escrita narrativa. Alguns alunos começaram a redigir as narrativas e entregar no período de junho a dezembro de 2011, conforme a evolução e segurança que adquiriam com a prática médica e a própria escrita narrativa, enquanto outros redigiram e entregaram em uma etapa apenas no final do semestre.

A pesquisa em questão utilizou metodologia qualitativa para avaliar mudanças, interações e o acoplamento do sujeito, no caso, os alunos da graduação, na sua atuação na prática médica, com o observador-pesquisador e os pacientes como o objeto da pesquisa no ambulatório de Reumatologia da Faculdade de Medicina da UNISC. Esta metodologia foi escolhida levando em conta aspectos subjetivos na relação do pesquisador com o sujeito e objeto e suas implicações individuais na geração e tratamento dos dados almeçados nesta pesquisa.

Pretendi nesta pesquisa contestar a atual epistemologia predominante no meio acadêmico baseada na separação do ser e sua realidade, do orgânico e inorgânico, do corpo e mente, do material e espiritual, do sujeito e objeto, do educador e educando, fundada numa visão organizacional fechada, na causalidade linear, no determinismo sujeito/objeto, na fragmentação do conhecimento, decorrente de uma metodologia científica que inibe a imaginação, a criatividade e nega a intuição e os processos emergentes e criativos, pois temos agora uma nova base nos fundamentos da ciência dentro dos princípios do movimento de auto-organização (MAO) em que podemos nos apoiar para o desenvolvimento de nossas construções teóricas e práticas pedagógicas através de processos auto-organizacionais.

Os sujeitos do estudo foram os alunos do curso de Medicina do 8º semestre, totalizando 20 alunos, que atenderam em pequenos grupos, segundas e terças-feiras no ambulatório de Reumatologia no segundo semestres letivo de 2011. Esses, entraram em contato com

pacientes, basicamente com perfil depressivo por dor crônica, que foram o objeto do estudo. O grupo era composto por acadêmicos que atendiam nos consultórios os pacientes com liberdade de conversar, examinar, orientar o doente, sem a minha presença ou interferência, com o intuito provocativo em seu aprendizado. Após cada consulta, reavaliei o paciente e a conduta tomada pelos alunos e orientava, se necessário, o grupo sem a presença do paciente, caso houvesse um atendimento e relacionamento inadequados com o paciente e a existência de erros diagnósticos e terapêuticos.

### **3.1 Procedimentos e geração de dados**

Os dados gerados pela experiência dos alunos no ambiente ambulatorial foram trabalhados em forma de narrativas produzidas pelos aprendizes sobre suas sensações, seus atos e a interação com a dor crônica, o sofrimento, as queixas e a realidade dos doentes. Segundo o antropólogo francês Marc Augé (1984, p. 35), "o grande paradoxo da experiência da doença é que ela é tanto a mais individual quanto a mais social das coisas". Resolvi optar por narrativas em virtude do potencial de atividade reflexiva e auto-organizativa sobre a prática, considerando que a reflexão faria com que o aluno se importasse com o que estava aprendendo, a fim de favorecer a produção do saber e criar processos que geraram o desejo de conhecer, de saber mais e de transformar-se. Os alunos atenderam os pacientes com liberdade de conversar, examinar e orientá-los de forma autônoma. Eu, como professor, estive atento às descobertas dos alunos, não apenas um gestor mas também um aprendiz deste processo, em que o aluno participou como um ser autônomo, gestor de sua aprendizagem, capaz de autodirigir e auto-regular este processo com o doente.

Utilizei como embasamento teórico os princípios da complexificação pelo ruído de Heinz von Foerster e a Biologia da Cognição, desenvolvida por Maturana e Varela, que mostra que nos constituímos em organismos vivos, sistemas determinados por nossa estrutura, que se modifica na relação com o meio, ou seja, o chamado acoplamento estrutural, onde o sujeito/meio se modifica, dependendo da nossa estrutura no momento de interação no que chamaram de perspectiva de uma cognição em que somos sistemas auto-organizadores, fechados para informação, mas abertos para trocas através de estímulos externos ou "ruídos" como denomina von Foerster.

### **3.2 Análise dos dados**

Os resultados obtidos pelas perturbações provocadas pelos pacientes nas narrativas dos aprendizes para as questões da pesquisa, que nortearam o trabalho, foram abordadas e interpretadas observando o processo de auto-construção do conhecimento do aluno no ambiente com o paciente e o próprio pesquisador. As 20 narrativas dos educandos mostraram-se extremamente ricas em vivências e experiências, resultado do acoplamento dos envolvidos no ambiente do ambulatório que provocaram um verdadeiro aprendizado e formação de conhecimento.

#### 4. PRODUÇÃO DAS NARRATIVAS

Nos primeiros dias de aula prática ambulatorial, eu revisava com cada novo grupo a forma de atender e examinar um paciente com reumatismo minutos antes de iniciar os atendimentos. De antemão, em aulas teóricas, forneci todo o aporte teórico sobre o que é e como produzir narrativas, fornecendo material didático e referencial teórico destacando que estas seriam a fonte de geração de dados para a pesquisa. Também chegou-se a algumas conclusões sobre em que o aluno deveria deter-se antes de iniciar o atendimento e realizar as narrativas. Estabeleci aos aprendizes que não havia o objetivo de narrar o atendimento do ponto de vista técnico médico-científico e sim registrar o que se havia vivenciado dentro da perspectiva da auto-organização ou “ordem pelo ruído”, com um sistema auto-organizador em que o ruído é gerador de conhecimento, energia, integrando-o à estrutura do ser vivo aumentando sua ordem interna.

Os alunos estavam apreensivos, reocupados não só com o atendimento dos pacientes, o que era por si só era uma nova experiência, mas também com a futura narrativa a ser redigida, fruto da experiência vivenciada após cada consulta. Referiam estar surpresos com uma nova metodologia de avaliação na sua formação acadêmica e entusiasmados com a participação no projeto. A minha intervenção, no início dos encontros, foi fundamental para a discussão com o grupo sobre a produção de narrativas. A partir dessa intervenção, melhorou-se a produção das narrativas que muitas ficaram com forma de relatórios, outras passaram a ser produzidas em forma de narrativa, atendendo, nem sempre de forma adequada, às características do gênero e às propostas da pesquisa. Observei que falar sobre o próprio trabalho, trazer à tona as dificuldades e dilemas que surgem, a insegurança geradas decorrentes da pouca formação teórica, da obrigação de redigir uma narrativa do momento em que estavam atuando como aprendizes médicos, de ter que criar respostas urgentes, trouxe para a formação deles implicações para reformulação da formação inicial e continuada. Estimulou-se a atividade reflexiva sobre a prática, concebendo que a reflexão fez com que os aprendizes realmente se importassem com o que estavam aprendendo, a fim de favorecer a produção de saberes e criar processos que geraram o desejo de conhecer, de saber mais e de transformar-se.

Ao mesmo tempo, houve uma discrepância entre as narrativas, em que alguns (geralmente os alunos com mais dificuldade de aprendizado) produziram meros relatórios médicos demonstrando que não conseguiram obter uma visão mais complexa e tiveram pouca evolução no seu autoaprendizado enquanto outros apresentaram uma transformação e evolução pessoal e técnica com segurança de tomar decisões difíceis sob estresse e com

crítica apurada sobre o contexto em que agiam, como foi o caso das duas alunas citadas anteriormente.

Transcrevi abaixo as narrativas completas em que alguns redigiram baseados em todos os dias de atendimento e outros de apenas um dia , sempre com o cuidado de não provocar qualquer alteração das mesmas ao redigir esse estudo, pois teria o viés de uma interferência não desejada ,conforme os objetivos do estudo, ou possibilitaria a perda de seu verdadeiro significado para o leitor em cada uma delas.

NARRATIVA 1 – “Dinamicidade e praticidade das aulas foram as principais características que notei nas aulas praticas de reumatologia, mesmo os pacientes sendo poliqueixosos, e prolixos, conseguimos conduzir uma boa consulta e ,consequentemente, um bom plano terapêutico. Também estas aulas me deram uma dimensão maior do conhecimento que eu carregava e ajudou a aprimorá-lo. Ganhei, também, uma dimensão concreta da validade que é a reumatologia, que é a valorização da parte conceitual e teórica como subsídio para a prática, os que aprendemos nas aulas teóricas alem de terem sido revistos pelo professor, foi novamente explicado no ambulatório, com a oportunidade de entender o que realmente é um paciente com artrite reumatóide, gota, LES, etc...e entender sua angustia, e o que este paciente esta passando com a doença. A grande flexibilidade do professor nas praticas e das aulas que tivemos. Poder acompanhar o paciente no ambulatório, e observar o seu retorno nas próximas consultas, segmento este que muitas vezes não temos em outra disciplina, ou seja, atendemos um paciente com certa patologia e nunca mais o vemos, não sabendo se melhorou ou piorou”.

NARRATIVA 2 – “No primeiro dia no ambulatório de reumatologia atendi uma paciente com artrite reumatóide, poliqueixosa e depressiva. Me senti impotente diante da sua patologia e do seu desanimo frente ao seu tratamento de anos, que não estava mais tendo resultado. Seu sofrimento estava estampado na sua cara, abatida ela contava sobre suas limitações e o convívio inconformado com as dores causadas pela doença que a acompanha há anos. No primeiro dia de ambulatório, após essa consulta sai do ambulatório frustrada, cansada e sem energias. Frustrada pelo fato de ver que o tratamento seguido rigorosamente pela paciente, retardou, mas não impediu a evolução natural da doença, sem mais recursos, pois a paciente já estava usando doses máximas dos medicamentos a paciente voltou pra casa insatisfeita com o mesmo tratamento”.

“No segundo dia no ambulatório de reumatologia atendi uma paciente encaminhada para avaliação devido a dores articulares. Após anamnese detalhada e exame físico tive a impressão que a paciente estava em busca de ganhos secundários, pois suas queixas eram vagas e não eram compatíveis com o exame físico. Diante dessa situação senti raiva e desprezo pela paciente, pois, eu como aluna de medicina estava em busca de adquirir conhecimentos e de ajudar um paciente que realmente estivesse precisando, já a paciente veio à consulta com a intenção de enganar o medico para conseguir benefícios não merecedores e consequentemente ocupar lugar de alguém que estava precisando desse atendimento”.

“Já no terceiro dia no ambulatório de reumatologia atendi uma paciente idosa, acompanhada pela sua filha. A paciente apresentava-se com deformidades articulares em ambas as mãos e pés, auxílio de bengala para locomoção, dores musculares generalizadas e com limitações para movimentação dos membros superiores. Apesar dessa lista de problemas, seu problema maior era a depressão, onde sua filha reclamava da falta de estímulo e de vontade da mãe de fazer fisioterapia e da sua rotina de ficar muito tempo deitada. A paciente respondia as perguntas com uma voz baixa e fisionomia depressiva, foi interrompida e desmentida pela filha em varias situações. Fiquei triste de ver que a paciente não se importava mais com suas dores e deformidades, ela me passou a impressão de uma vida vazia, e que não tinha mais vontade de viver. Fiquei irritada com a filha, que ao invés de apoiar a mãe, estimular o tratamento e proporcionar agrados a mãe que provavelmente não vai viver por muitos anos, ficava reclamando do seu comodismo e comparando o seu comportamento atual com o de anos atrás”.

NARRATIVA 3 – “As práticas do 8º semestre no ambulatório de reumatologia foram do ponto de vista educativo, bastante proveitosas. Foi muito interessante passar pela experiência de atender pacientes reumatopatas, que acrescentou além do conhecimento uma breve noção de como abordar e tratar os pacientes que se queixam de problemas músculo-esqueléticos e articulares. Outro ponto positivo nas práticas foi poder ver pessoalmente as doenças abordadas e estudadas nas aulas teóricas, como a artrite reumatóide, gota, artrose, entre outras. O que com certeza auxiliou na fixação do aprendizado da disciplina de reumatologia. Com a orientação do Professor e o atendimento clínico, deu pra notar que as principais características dos pacientes que vem ao HSC para consultas no ambulatório de reumatologia são na maioria poliqueixosos que não tem grande entendimento da sua doença, o que levam muitos a não seguir corretamente o tratamento receitado por nós. Com os poucos atendimentos feitos durante 3 dias no decorrer de 3 semanas, ficou evidente que os pacientes



não são disciplinados quanto aos remédios que tomam, sendo assim, param a medicação e o tratamento clínico por conta própria, resultando em recorrência da doença e muitas vezes piora do caso. Os pacientes reumatopatas na sua grande maioria que compareceram ao ambulatório, apesar de serem desorientados quanto a sua doença/tratamento, conseguem estabelecer com nós acadêmicos uma boa relação médico-paciente, por serem poliqueixosos e sempre falar muito em relação a sua doença, acabamos por ouvi-los e dar-lhes atenção devido ao aprendizado que queremos adquirir, o que muitas vezes não acontece com um médico já formado que não perde tempo com a conversa dos pacientes que são muitas vezes realmente desnecessárias. Não conheci e nem atendi nenhum dos pacientes de reumatologia com hostilidade a nós e nem agressividade quanto ao atendimento e prosseguimento da consulta”.

“Um ponto negativo das práticas é que além de termos pouco tempo pra passar no ambulatório de reumatologia, percebemos também que em 3 semanas repetimos muitos atendimentos aos mesmos pacientes, o que não acrescenta muito, apesar de darmos continuidade ao mesmo caso, não é interessante para o nosso aprendizado”.

NARRATIVA 4 – “No começo das práticas, já tinha uma noção da cadeira de Reumatologia, o que facilitou um tanto para o meu começo das práticas. No primeiro dia foi um pouco desafiador, pois é uma especialidade onde os pacientes são poliqueixosos, e muitas vezes as dores são inespecíficas. A proposta era de iniciar atendendo os pacientes sozinho, mas eu não me senti um tanto segura, e acompanhei minha colega no atendimento. A primeira paciente era uma senhora de meia idade, e já estava em tratamento de espondilite anquilosante, veio até o ambulatório para fazer o seguimento. Vi que era uma paciente muito poliqueixosa, referia melhora com o tratamento, o que isso me deixou segura. No mesmo dia atendemos mais uma paciente de idade diferente também com diagnóstico de espondilite anquilosante, essa era uma paciente um pouco mais instruída, e não era tão poliqueixosa, quanto a outra e que referia que os remédios que estava fazendo uso estavam lhe fazendo mal. Pensei nessa paciente, pois muitas vezes os pacientes não toleram bem a farmacoterapia e teremos que ajustar a dose, para que isso não ocorra. Algumas pacientes, quando tem histórico familiar, se assustam um pouco, pois tem medo de ter algo de herança”, e tem mitos sobre as doenças reumatológicas. A paciente que atendi com fibromialgia, disse que tinha histórico familiar e que estava com medo que suas mãos ficassem deformadas, importante sempre desmistificar essas crenças que os pacientes tem. Já na segunda consulta me senti mais preparada a atender a paciente e a fazer o exame físico nela”.

“Nas práticas subsequentes que tive, consegui criar a coragem e atender as pacientes sozinha, pois vi que, não era tão assustador como eu pensava e peguei a prática. Atendi uma paciente que teve um AVE isquêmico e estava acompanhada de sua filha, foi difícil de conversar com ela, pois ela não entendia muito bem algumas perguntas que eu fazia, como por exemplo:”A senhora tem dores nas juntas”?E ela me perguntou o que era isso. Essa foi a paciente mais difícil de atender no meu ponto de vista, porque não consegui criar um bom vínculo médico-paciente o que dificultou o atendimento. Além disso as pacientes que foram atendidas são na grande maioria depressivas, que muitas vezes se beneficiam com o tratamento. Minha impressão foi que muitas pacientes que atendi, vieram para o especialista, mas também para poder conversar e desabafar. Me senti bem importante quando uma paciente depois de sua reconsulta, que tinha vindo só mostrar seus exames me disse que conseguiu confiar em mim e precisava me contar algo que até então não tinha mencionado isso a outra pessoa. Fiquei bem em poder ouvir aquela paciente e ver que naquele momento pude ajudá-la, com algumas palavras de acolhimento, o que muitas vezes não é feito, e sim olhado somente para a doença do paciente e não como um todo”.

“Essas práticas me possibilitou ver que muitas das dores que as pacientes possuem, merecem um olhar e um tratamento, pois muitas vezes não são tratadas como deveriam e o ambulatório nos mostra isso claramente. Uma das coisas que acho que no ambulatório teve muito foi que além do tratamento de reumatologia necessitam muitas vezes de um suporte psiquiátrico ou psicológico e que deveriam ser encaminhadas para um serviço gratuito, como possuímos na UNISC, e que muitas vezes foi desconsiderado. Fala-se tanto em humanização dos atendimentos que fazemos, mas não poderia deixar de mencionar isso, o que me deixou muito pensativa, quanto muitas vezes o processo de “humanização” poderia ser multidisciplinar, e não é na maioria das vezes”.

NARRATIVA 5 – “Acredito que a relação médico-paciente na reumatologia é fundamental para o seguimento das consultas e do tratamento. Com os atendimentos no ambulatório pude perceber que os pacientes, geralmente poliqueixosos, chegam à consulta de revisão esperando qualquer palavra de conforto quanto à sua doença”.

“A área de reumatologia abrange, na maioria das vezes, pacientes crônicos e sem cura que precisam de acolhimento e conforto. Os pacientes que chegavam a nós nos ambulatórios possuíam mais de uma queixa quanto à dor que estavam sentindo. A minha primeira paciente possui fibromialgia, veio à consulta de revisão esperando uma palavra de conforto e com a esperança de que suas dores iriam diminuir. A atenção aos pequenos detalhes é fundamental

para a formação de vínculo com o paciente. Após atendi dois pacientes, um com artrite reumatóide e o outro com artrose que estavam com um bom acompanhamento e que possuíam boas informações sobre as suas doenças”.

“As dificuldades que percebi nos atendimentos foram devido às inúmeras queixas e à carência afetiva que os pacientes têm quanto ao médico. Eles cobram atenção do profissional, aumentando suas dores e até mesmo inventando-as. Devemos ter o “feeling” necessário para saber dar continuidade à consulta sem sermos ríspidos ou grosseiros. Acredito que o principal aprendizado com as consultas foi saber qual a hora de ouvir e a hora de falar. Os pacientes, que são na maioria das vezes mulheres, têm a necessidade de falar a respeito do que estão sentindo como uma forma de exteriorizar as suas dores e nós, como profissionais, temos a obrigação de escutar e acalmá-las. Considero a reumatologia uma área difícil e, se não há uma boa relação do médico com seu paciente o tratamento da doença fica muito prejudicado”.

NARRATIVA 6 – “Creio que o ambulatório de reumatologia foi, certamente, um dos mais construtivos no quesito relação médico-paciente desde o início da faculdade. Já no primeiro dia percebi a dificuldade que tive em estabelecer uma boa relação com os pacientes que fiz o atendimento, devido a maioria deles serem pacientes crônicos, com tratamento instituído de longa data e que na maioria das vezes não referiam melhora dos seus sintomas. Pacientes poliqueixosos, depressivos, e na grande maioria recebendo múltiplos fármacos para tentar melhorar a sua qualidade de vida. Em algumas consultas me senti impotente e percebi o quanto é difícil lidar com este tipo de paciente, pois é muito trabalhoso explicar para uma pessoa que sua doença não tem cura e que, mesmo instituindo a terapia adequada, seu prognóstico não será bom com o passar dos anos. Fiquei bastante impressionado quando atendi uma paciente com LES, muito jovem e já apresentando comprometimento hematológico e renal. Mesmo ela sabendo que sua doença é de difícil tratamento e prognóstico ruim, apresentou-se tranqüila e sem queixas. Com isso, percebi o quanto é importante não apenas se preocupar em acertar na terapêutica mais adequada para aquele tipo de paciente, mas entender que na grande maioria das vezes nos defrontamos com situações que iremos sentir impotência e, mesmo assim, devemos achar maneiras de deixar o paciente informado, motivado e seguro para realmente levá-lo a cura ou a melhorar sua qualidade de vida”.

NARRATIVA 7 – “Minha expectativa em relação ao atendimento no ambulatório de reumatologia era de que seria uma prática maçante, com pacientes poliqueixosos e simulações. A surpresa foi grande após realizar os atendimentos, pois não foi cansativo, e

apesar de em alguns momentos ficar desanimada diante de situações vivenciadas, foi uma atividade gratificante”.

“Em geral, os pacientes são realmente poliqueixosos, mas suas queixas são necessárias, pois são reais. A maioria dos pacientes apresentam patologias severas, progressivas, de difícil manejo e que cursam com muito sofrimento e baixa qualidade de vida. Um sentimento unânime que desenvolvi diante dos pacientes foi de compaixão. Em um dos atendimentos, ao final da consulta, a paciente até chorou e não foi pela dor que ela sentia, mas pelo desespero de ter uma doença que não está melhorando com o tratamento”.

“Além disso, me senti um pouco impotente, pois os pacientes têm tantas queixas e é difícil conseguir tratar efetivamente todos os seus problemas. Em alguns casos até mesmo os tratamentos máximos não são suficientes para amenizar os sintomas e isso me causou uma certa frustração. Em algumas situações, também, fiquei com sentimentos contraditórios, particularmente em relação aos pacientes não aderentes. Algumas vezes, ficava aborrecida em ver um paciente que poderia ficar melhor realizando o tratamento corretamente se queixar e, em outros momentos ficava frustrada ao ver meu esforço em orientar e prescrever medicamentos não serem valorizados”.

“Apesar disso, um fato que gostei muito no ambulatório de Reumatologia foi que, em geral, há o desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente. A maioria dos pacientes quer ser ajudado e são gratos pela melhora, e isto para mim foi muito gratificante. Apesar de ser necessário manter a mesma atitude diante de todos os pacientes, a relação médico-paciente é também uma relação humana, sujeita a vários fatores pessoais e culturais. Na reumatologia, por serem pacientes crônicos e, em geral, de difícil manejo, esses sentimentos parecem estar exacerbados. Por isso, as práticas de reumatologia foram muito úteis, pois me auxiliaram no entendimento da postura que temos que ter diante dos pacientes nas diferentes situações”.

NARRATIVA 8 – “Atendi uma paciente estava em tratamento, seguindo conforme a prescrição. Queixava-se muito sobre as dores que permanecia sentindo. Isso, de certa, forma me passou uma sensação de impotência diante da doença e da dor, mesmo sabendo que as doses sendo aumentadas poderiam diminuir esta dor. Também a impossibilidade de uso de medicamentos mais eficiente por questões financeiras chamou a atenção. Foi muito interessante ver aspectos que primeiramente eram apenas teóricas, como características da patologia da paciente (artrite reumatoide) agora vistas na prática do exame físico e nas queixas da paciente”.

“No segundo dia de atendimento a paciente havia iniciado o tratamento recentemente, havendo pouca melhora e sendo necessário me esforçar para tentar convencê-la de que ainda pudesse melhor se seguir o tratamento correto. Tive a impressão de não poder confiar muito no que a paciente referia quanto aos seus sintomas devido a sua depressão que poderia mimetizar alguma patologia, o que pode ter prejudicado a nossa relação “médico-paciente” em um primeiro contato. Neste dia a paciente estava no puerpério, vinha novamente com queixas e com novos exames devido a complicações na gestação. Senti pena, quando constatei que os resultados dos exames eram ruins diante da patologia primária da paciente. Acredito que me senti assim, por uma questão de empatia. Paciente jovem, recém casada, puerpério de gêmeos, com novas e preocupantes doenças e que mesmo assim me passou a impressão de estar muito bem, o que me levou a pensar se era porque talvez a paciente não estava consciente das complicações das suas patologias”.

“No terceiro dia de ambulatório atendi uma das poucas pacientes que chegaram ao ambulatório se sentindo bem, sem queixas, com melhora dos sintomas. Tive a impressão de que muitos outros pacientes, com patologias “menos significantes” eram extremamente “poliqueixosos” se comparando a esta paciente, pela qual até seria aceitável “reclamar” da situação, ainda mais sendo jovem e com complicações incomuns para esta idade (no meu ponto de vista). Senti-me muito bem atendendo esta paciente, onde pude ver um tratamento com resultado satisfatório”.

“No quarto dia atendi uma paciente que tive uma boa relação “médico-paciente”. Paciente vinha referindo melhora das lesões purpúricas e estava contente com isso. Foi gratificante, mesmo em uma primeira e única consulta com ela, poder receber um agradecimento pelo cuidado e responsabilidade que o ambulatório de reumatologia teve com ela. Foi minha última paciente durante o ambulatório de reumatologia e posso concluir que apesar de tantos pacientes poliqueixosos, as vezes com razão e outras vezes não, o agradecimento de pelo menos um deles é capaz de trazer um sensação de satisfação diante do atendimento e preocupação com o bem-estar do paciente”.

NARRATIVA 9 – “Os pacientes que vem ao ambulatório SUS do hospital quase sempre são pouco esclarecidos e necessitam de várias explicações. Mesmo assim entendem pouco ou nada do que lhes foi dito. Eu costumava rotular os pacientes como poliqueixosos assim e não dava a atenção que deveria, pois a maioria sempre tenta resolver todos os seus problemas em uma única consulta. Com o avançar do curso, fui perdendo essa característica, porque entendi que vários deles vem primeiro para conversar e depois para tratar de sua

enfermidade. Quando percebi isso, mudei minha postura no atendimento e esses passaram a ser mais produtivos e os resultados mais satisfatórios na adesão ao tratamento proposto, pois as pessoas haviam recebido a atenção que procuravam. Os atendimentos no ambulatório de reumatologia são muito bons, porque aprendemos o necessário para termos segurança e firmeza na tomada de decisões que são de cunho diário em qualquer especialidade. Acredito que foi bom termos aula teórica antes, pois facilita o aprendizado. Gosto da liberdade de poder tomar as decisões e discuti-las com o professor, pois posso testar o que aprendi. Também atendi a paciente M. I. S., 71 anos, feminina, branca, aposentada. Era sua primeira consulta na Reumatologia e apresentava-se com queixa de dor articular e câimbras. Possuía quadro típico de artrite reumatóide e iniciou tratamento para a doença. Já M. I. S. é uma paciente bem esclarecida, em tratamento de hipertensão e diabetes. Sabe informar todos os dados perguntados e elogiou o atendimento nos ambulatórios do hospital. É ótimo atender pessoas como ela, pois temos certeza que a conduta que tomamos será seguida. Acompanhar esse tipo de paciente por mais tempo é gratificante, porque podemos observar a eficácia das condutas planejadas e adotadas. Orientei quanto à importância de mudança nos hábitos alimentares, na tomada correta das medicações enquanto ela ouvia atentamente, mostrando interesse e esclarecendo suas dúvidas a respeito da doença. Esse tipo de paciente me motiva, pois questiona sobre sua condição, quer saber a causa de sua enfermidade; assim somos incentivados a colocar à prova nosso conhecimento. Gosto de explicar sobre a doença e apontar onde ocorre a falha que a desencadeia. Isso desafia nossa capacidade de lembrar e fixar o que estudamos. Enquanto explico, relembro das orientações em aula, visualizo qual conduta devo e qual não devo tomar; me sinto estimulado a ler mais sobre o assunto para saber explicar detalhadamente quando outro caso semelhante aparecer. É gratificante saber o que fazer diante dos problemas que nos são apresentados”.

NARRATIVA 10 – “A reumatologia foi uma disciplina que me impressionou bastante. Somente após as aulas teóricas, percebi como eu tinha uma idéia equivocada sobre o assunto, pois pensava que reumatologia e traumatologia fossem semelhantes”.

“Durante a primeira aula teórica do semestre, já comecei a pensar diferente sobre a área e a gostar dos assuntos apresentados pelo professor. Como aprecio imunologia, as patologias estudadas em aula foram ficando cada vez mais interessantes. Do meu ponto de vista, as patologias tratadas dentro da reumatologia são simples e ao mesmo tempo complexas. São assuntos que me chamam atenção sobre sua fisiopatologia e aguçam a minha curiosidade para aprender e aprofundar mais meus conhecimentos . A postura do professor perante sua

especialidade tem muita influência sobre os alunos, sendo capaz de aumentar ou diminuir o nosso interesse para assuntos tratados em sua área. Quando me deparo com um professor que demonstra gratificação, sucesso e envolvimento com seu trabalho, admiro sua postura profissional e respeito suas opiniões, pois sei que é uma pessoa dedicada naquilo que faz”.

“No início dos atendimentos no ambulatório acadêmico, estava com uma idéia bastante clara sobre a personalidade e características dos pacientes. Em teoria, a grande parte dos atendidos na reumatologia são pessoas poliqueixosas que não respondem bem ao tratamento empregado. Porém, obtive opiniões diferentes enquanto atendia. Percebi que o paciente reumatológico sente uma necessidade maior de explicar seus sintomas e ser compreendido pelo médico, passando a imagem de um paciente obsessivo com sua saúde. Talvez por serem queixas inespecíficas, nem sempre conseguimos entender como o dia-a-dia do paciente está alterado devido a sua patologia. Não atendi pessoas poliqueixosas e sim pessoas com uma vontade de viver cada dia melhor. Durante o tempo no ambulatório acadêmico atendemos várias pessoas com patologias diferentes e conseguimos formular uma opinião própria sobre a reumatologia. Considero que seria bastante proveitoso, se após todos os atendimentos pudéssemos realizar um grupo de discussão sobre aquele dia. Penso que os acadêmicos devem atender suas consultas com uma mente aberta, livre de preconceitos. Somente assim, poderemos nos colocar no lugar do paciente e entendermos como um sintoma, que muitas vezes consideramos irrelevante, pode estar afetando sua vida”.

NARRATIVA 11 – “No segundo dia de atendimentos, atendi duas pacientes do sexo feminino. A primeira paciente referia lombalgia e dor em ombro direito, sendo diagnosticada com artrose. Tive uma impressão diferente em relação ao paciente atendido no primeiro dia, um pouco de impaciência devido ao fato de que a paciente era muito redundante em suas exposições. Por diversas vezes, ela referiu o mesmo problema quando eu a indagava quanto a outras queixas ou doenças. Também fiquei impaciente pois ela falou muito sobre a dificuldade em trabalhar como empregada doméstica tendo tais dores. Por vezes tinha impressão de que ela queria uma alternativa ou sugestão de minha parte, mas realmente não me ocorria nada além de sugerir que sempre fizesse os trabalhos de forma que não utilizasse muito as articulações nas quais sentia as dores. Na verdade, isso me deixou um pouco angustiado, pois sabia que o problema dela era sério e não poderia fazer muito além para ajudá-la. A paciente seguinte tinha diversas comorbidades: miomas, melanomas e metástases, artrite reumatóide e alergias. A hipótese diagnóstica levantada foi de lúpus eritematoso sistêmico ou alguma outra doença autoimune. Fiquei desconfortável ao atendê-la devido às

diversas queixas, parecia-me que tudo que a paciente falava era o motivo da consulta, tendo assim dificuldade para estabelecer uma queixa principal. Quando indagava o motivo da consulta eram diversas as respostas: dores, edema nos pés, dores e edemas em articulações metacarpofalangeanas, dor em antebraços, dificuldade para enxergar, coceiras, etc. Da mesma forma que na semana anterior, não me senti triste com os relatos dos pacientes, mas impaciente e desconfortável. A explicação dada quanto às múltiplas comorbidades que o paciente lúpico apresenta me fizeram compreender a necessidade de se ter mais paciência ao ouvir o seu relato”.

NARRATIVA 12 – “No primeiro dia em que o meu grupo esteve no ambulatório de reumatologia, atendi a uma paciente de 58 anos do sexo feminino portadora de artrite reumatóide. A paciente veio à consulta acompanhada de sua filha, uma senhora de aproximadamente 35 anos, para apresentar exames laboratoriais de controle solicitados na primeira consulta. Questionei a paciente sobre como ela estava se sentindo e se havia tido melhora ou piora de seus sintomas. Logo de início, fui interrogado se o professor Eduardo Pochmann iria vê-la, respondi que sim, mas que elas deveriam falar-me um pouco sobre o caso e sua evolução antes disso, principalmente desde a última consulta. Neste momento, percebi que a paciente e sua filha não tinham muita confiança no atendimento prestado por um acadêmico e fiquei um pouco receoso em relação a isso. No entanto, a paciente referiu que não teve alterações no seu quadro e que estava sentindo-se bem, não havendo queixas para o momento. Porém, quando o professor veio até o consultório, surgiram diversas queixas de artralguas em membros superiores, as quais ela havia negado para mim durante a anamnese e exame físico. Dessa forma, concluo que a paciente não teve confiança em relatar seus problemas para mim. Este acontecimento me deixou irritado com a paciente, pois isso fez com que parecesse que eu não havia interrogado anteriormente”.

“No segundo dia de práticas ambulatoriais, vinha à consulta uma paciente com dores em articulações interfalangeanas de membros superiores acompanhada de edema e rigidez matinal. Estabeleci um bom vínculo com essa paciente e consegui realizar um bom exame clínico com a mesma. Não tive nenhum sentimento ruim desta paciente, sendo que não houve discordância entre os fatos que ela havia relatado o que ela relatou ao professor. Tive um sentimento de dever cumprido e satisfação ao fim da consulta por ter prestado um bom atendimento àquela paciente”. “A segunda paciente do dia era uma mulher que vinha encaminhada de uma unidade de saúde da rede municipal, a qual eu apenas acompanhei o atendimento prestado por colegas. Tratava-se de uma paciente com uma história médica



pregressa com diversas patologias anteriores, tais como alergias, melanomas, miomas, entre outras. Ela vinha à consulta queixando-se de dores articulares e edemas em membros superiores. No entanto, a paciente mencionou diversas vezes que já havia sido paciente do Dr. Eduardo Pochmann em seu consultório e que possuía uma irmã em tratamento com o mesmo devido a “reumatismos”. Isso me deixou um pouco incomodado, pois me pareceu que ela estava buscando atenção diferenciada por já ter tido contato anterior com o professor”.

NARRATIVA 13 – “Eu tinha algumas expectativas sobre como seriam ambulatórios de reumatologia, contudo após esse estágio minhas constatações foram bem diferentes. Pois, imaginava os pacientes sempre poliqueixosos e de manejo complicado, tinha essa visão devido sugestão de outros professores, e também por experiência própria com os pacientes reumatológicos atendidos em outras especialidades”.

“No entanto, de todos os pacientes que eu fiz o atendimento, apenas dois apresentavam esse perfil anteriormente relatado, o que realmente não foi algo ruim, muito pelo contrário, foi algo deveras instigante e desafiador, pois me exigiu usar toda habilidade e conhecimento teórico para uma satisfatória relação médico-paciente, a fim de, definir as condutas frente aos pacientes”.

“De certa forma, me senti “acolhido” e respeitado pelos pacientes, pois todos foram comigo atenciosos sem menosprezar o fato de ser acadêmico, o que ocorre com relativa frequência em outros ambulatórios. Percebi os pacientes, todos muitos preocupados com as patologias, talvez por serem geralmente crônicas em que só resta controlar os sintomas. Aliás, esse é um ponto que difere da maioria das demais especialidades, a reumatologia é uma área que traz o alívio ao paciente, ele geralmente não vem ao ambulatório esperando a cura. Do meu ponto de vista, consegui lidar bem com essa “incapacidade de cura” do paciente reumatológico, e me senti satisfeito ao saber que ajudei a reduzir o sofrimento de alguém”.

NARRATIVA 14 – “A primeira aula prática de Reumatologia ocorreu numa terça-feira à tarde. Comecei a atender o primeiro paciente sozinha e meu colega chegou logo depois. O paciente era portador de Artrite Reumatoide, já bem avançada, com deformidades em pescoço de cisne em 4º QDD e hálux valgo bilateral com os demais artelhos em garra. Apesar de todas as deformidades o paciente não tinha queixas, e contou que para evitar a dor nos pés utilizava sapatos mais macios, o que me fez pensar em como algumas pessoas conseguem conviver com sua doença e se sentirem bem emocionalmente e em como eu reagiria se tivesse um quadro semelhante”.

“No mesmo dia, outro colega atendeu uma paciente com a mesma patologia, mas em um grau bem mais leve, sem deformidades, porém com muitas queixas e que parecia deprimida. Assim, deu para ver os diferentes efeitos de uma mesma patologia de acordo com cada pessoa e perceber que se correlacionam mais com o estado emocional do que com as alterações físicas por ela causadas”.

“A segunda paciente que atendi estava em sua primeira consulta e tinha queixas de dores nas articulações, então solicitamos alguns exames para investigação de artrite reumatoide. Também era poliqueixosa e tinha mais idade, além de estar em acompanhamento psiquiátrico e em uso de antidepressivos e benzodiazepínicos, então fiquei pensando no quanto o quadro emocional dela poderia estar influenciando nas queixas”.

“Na segunda aula, quando atendi uma paciente com dermatopolimiosite. Foi um caso interessante, pois a paciente tinha a história de polimiosite e relatou também lesões de pele (“alergias”) e mucosas, que tinham relação com a enfermidade. Assim, pude perceber a importância de ouvir todas as queixas do paciente, por mais que possam parecer não ter relação com o quadro ou não ser algo grave, pois pensei que as lesões tivessem outra causa e não fossem relacionadas à doença da paciente”.

“Certo dia atendi a primeira paciente acompanhada da colega Fernanda, encaminhada da Cardiologia com queixas de cianose e parestesia nas mãos e relatava que sentia suas mãos e pés sempre frios, principalmente no inverno e ao carregar peso. Ao sairmos da sala para passar o caso ao professor, já conversamos e pensamos que o diagnóstico poderia ser Fenômeno de Raynaud, que o professor confirmou logo depois e me fez sentir mais preparada pra atender sozinha as pacientes, me dando uma sensação de segurança por ter pensado no diagnóstico certo”.

“A segunda paciente foi atendida pela Fernanda, já em tratamento no ambulatório para Artrite Reumatoide e com deformidades em casa de botão em ambas as mãos e nódulos reumatoides. Já estava em uso de sulfassalazina e metotrexate, mas não apresentava boa resposta ao tratamento, então foi solicitado medicamento biológico, porém a paciente não parecia deprimida e era bastante comunicativa, parecia aceitar melhor a situação”.

“No último dia a primeira paciente que atendi também estava em acompanhamento por Artrite Reumatoide, que respondeu bem ao tratamento inicial e relatou estar se sentindo ótima. A resposta dela me deixou surpresa e feliz, pois foi a primeira paciente que transmitia essa positividade acerca do tratamento”.

“A segunda paciente foi uma primeira consulta, encaminhada da UBS como “portadora de artrite reumatoide”, mas na verdade sentia dores na musculatura paravertebral, e mais uma

vez cogitei um diagnóstico que foi mais tarde confirmado pelo professor, fibromialgia. Novamente me senti mais segura e fui passar a conduta para a paciente sozinha, sem o acompanhamento do professor, mesmo sendo a primeira consulta, o que me deixou feliz pelo voto de confiança. A paciente era muito poliqueixosa, relatou que fazia tratamento no CAPS para depressão, mas que tinha parado de tomar os antidepressivos pois achava que “não era bom tomar muito remédio”. Isso me deixou um pouco irritada, por ela não seguir a orientação médica e provavelmente depois culpar o médico pois o tratamento “não funcionou”. Também me fez questionar se ela realmente fará o tratamento como orientado desta vez”.

“As práticas foram muito boas, apesar de muitas vezes vermos o sofrimento dos pacientes sabendo que suas doenças não têm cura, pois já tínhamos uma base das patologias mais prevalentes na reumatologia e o professor nos auxiliou nas nossas dúvidas. Também é uma pena que sejam poucas aulas e às vezes com poucos pacientes”.

NARRATIVA 15 – “Durante a minha primeira aula prática na disciplina de reumatologia, tive a oportunidade de realizar o atendimento de uma paciente com diagnóstico de artrite reumatóide de difícil controle. Dessa forma, pude evidenciar as dificuldades enfrentadas por essa paciente, visto que a doença crônica está presente no seu dia-a-dia através das limitações causadas por ela. Além disso, o tratamento nem sempre é eficaz, podendo ser dificultado pelo custo alto de medicamentos que poderiam trazer benefícios maiores”.

“A minha atitude nesse contato inicial foi um pouco reservada devido à dificuldade em ser empática nessa situação. Isso se deve ao fato da paciente estar “sofrendo” de forma contínua com a presença da doença nas suas atividades diárias, buscando, em cada consulta médica, uma nova perspectiva. Esta, por sua vez, quase sempre é frustrada visto que a doença progride e as modalidades disponíveis de tratamento já foram utilizadas”.

“Sendo assim, minha impressão inicial foi de que a especialidade de reumatologia é muito complexa pela perpetuação dos pacientes crônicos e pela dificuldade em encontrar a “cura” para essas pessoas. Após o término dessa consulta, atendi um paciente que vinha encaminhado de outra especialidade por motivos controversos. Ao final do atendimento foi constatado que o caso não era reumatológico e sim, traumatológico. Isso demonstrou que muitos profissionais possuem dificuldade em diagnosticar e tratar doenças nessa especialidade, encaminhando pacientes desnecessariamente e negligenciando aqueles que realmente precisam de uma avaliação no médico reumatologista”.

“Meus atendimentos seguintes foram em pacientes femininas e que possuíam diagnósticos de artrite reumatóide e fibromialgia. Durante essas experiências, identificamos uma paciente com sintomas clássicos de AR e que acabara de terminar um tratamento para Ca de ovário. Isso é descrito na literatura de forma clara e em grande número, entretanto, não é sabido, ao certo, qual a relação do Ca ou da quimioterapia, desencadeando a AR. Nessa consulta, a anamnese foi muito bem detalhada a fim de buscar algum dado que identifique a relação entre as doenças. Além disso, o diagnóstico foi muito preciso, pois apresentava sintomas clássicos e bem definidos pela paciente. Posso afirmar que essa experiência foi mais “fácil” para mim, visto que a paciente era colaborativa e encontrava-se em “alta ambulatorial” da ginecologia, após o término no tratamento para Ca. Isso a incentivou a buscar o tratamento adequado para sua AR e a estimulou a continuar cuidando-se após essa vitória”.

“Durante as aulas práticas de reumatologia, tivemos a oportunidade de vivenciar o dia-a-dia da especialidade de forma clara e objetiva, atendendo os pacientes sem dificuldades e encarando a realidade das doenças crônicas e prevalentes na área. Isso serviu como impulso e encorajou aqueles que buscam esse tipo de especialidade para o futuro, comprovando as dificuldades enfrentadas pelos médicos que fazem o possível para tratar e melhorar a qualidade de vida desses pacientes”.

NARRATIVA 16- “No que diz respeito à relação médico-paciente, procurei ser o mais empática possível, pois sei que os pacientes com doenças reumatológicas são doentes crônicos, na maioria das vezes com dor crônica. Chamei a paciente pelo nome, recebi a mesma na porta e me apresentei. Seguimos para o consultório, onde comecei a anamnese. Percebi que a paciente tinha um humor embotado, o que me levou a pensar que ela podia ser depressiva. Comprovei isso no decorrer da história. Ela não sorriu durante a consulta, não me olhou nos olhos por muito tempo e aceitou tudo o que eu disse sem questionar. Essa paciente parecia conformada com sua dor. Ainda não pude observar se isso é uma característica dos pacientes reumatológicos ou não”.

NARRATIVA 17- “Cheguei na aula bem curiosa e apreensiva, pois eu sempre fico assim numa aula prática nova. O professor nos levou numa das salas e demonstrou o que ele queria da anamnese e principalmente do exame físico. Eu gostei de ter visto na prática, pois já tinha me esquecido muitas coisas do semestre passado. A paciente que eu atendi era uma senhora muito simpática, cuja única queixa era dor no joelho. Eu gostei dela por ser calma e mais específica. Claro que foi muito mais fácil do que eu tinha ouvido as outras turmas

falarem, por isso achei que ela era uma exceção. Gostei da maneira atenciosa com que o professor atendeu a queixa dela. No fim, achei esse dia muito tranquilo”.

Aula 2: “Essa aula foi mais difícil pra mim, pois atendi uma nova paciente feminina, mas esta tinha diversas queixas. O que amenizou a consulta foi que ela era uma paciente acessível, conseguia informar bem as queixas e o que ela vinha fazendo em relação ao seu problema. Acredito que seja uma paciente boa em relação à adesão, e isso muda muito o que eu espero da relação médico-paciente, pois quando um paciente não adere a alguma instrução dada, me sinto bem frustrada”. Nesse dia o professor estava um pouco rude conosco, talvez devido às deficiências que nós temos em prescrição médica. Quando isso acontece, eu fico com muito receio se vou ser uma boa profissional ou não, fica uma insegurança de como eu serei lá na frente....”.

Aula 3: “Nesse dia atendi um senhor, com diagnóstico de gota. Não me senti à vontade e nem animada com ele, pois percebi que ele não tinha preocupação com seu tratamento, ou seja, ele não queria modificar o seu estilo de vida, achava muito difícil evitar as bebidas alcoólicas e carne gorda, mesmo que fosse reduzir um pouco. Isso me deixou irritada, pois se uma pessoa vai ao médico, eu presumo que ela quer melhorar, a não ser que espere um milagre que caberia só ao médico, e é culpa dele se não há melhora. Enfim, eu acho muito difícil atender bem alguém que não se ajuda. Reconheci que não depende de mim isso, pois o máximo que podemos fazer é instruir e mostrar o que seria melhor, mas não podemos impor isso. Cheguei em casa e refleti que devo ser mais imparcial e entender que existem pacientes de todos os tipos de comportamento, e eu devo ter um “jogo de cintura” com isto”.

Aula 4: “Acho que essa paciente foi bem difícil, tanto que o professor me disse que é muito chato atendê-la. Bom, era uma paciente jovem, estudante, com LES em tratamento, e que foi acompanhada da sua mãe. O problema é que a mãe falava demais, divagava, perguntava tudo sem esperar resposta, e reclamava de tudo. A paciente também parecia meio frustrada, acho que ela ainda não entendeu muito sobre o seu problema. Foi bem difícil conduzir essa consulta, pois fui bombardeada de perguntas e manifestações de indignação. Enfim, fui até o professor, que quando viu a pasta dela, já me desanimou ainda mais, dizendo que era um saco atendê-las. Me instruiu a ser bem objetiva e não dar muita conversa, pois não levaria a nada. Foi bem chato mesmo. Acho que ainda falta tempo para que a paciente e a mãe entendam que a doença em questão não tem cura, e sim controle...”.

Aula 5: “Acho que foi a pior aula que eu tive. Fui chamar a paciente, estendi a mão, com um sorriso disse bom-dia, e ela passou reto, me ignorando. Aí o meu “sangue já subiu” pois tenho horror de gente mal-educada. Então a paciente entrou, sentou-se e eu me apresentei

e à minha colega, quando ela deu um suspiro e disse que achava que o médico ia atender ela. Eu fui bem seca e disse que ela já devia saber que aquilo era um hospital escola, e alunos são indispensáveis ali. Até que ela “amoleceu” e a consulta fluiu. No fim fiquei até comovida, pois sua história de vida foi bem triste, era adotada, se sentia rejeitada e tinha problemas de baixa autoestima. Fiquei envergonhada de ter ficado tão brava, mas no fim, terminou tudo bem na consulta”.

Aula 6: “O último dia do ambulatório foi bem tranquilo, pois só atendi alguns retornos com exames, então não teve maiores intercorrências. Neste dia o professor estava bem tranquilo também, nos explicou sobre alguns casos deste dia e fomos dispensados. Eu gostei em geral destes ambulatórios, na verdade achei reumato uma surpresa, pois existem muitos tipos de pacientes, além dos próprios problemas, o que achei muito enriquecedor para o crescimento como estudante. Senti falta realmente de fármaco, e ainda me sinto insegura se estou realizando o exame físico corretamente, mas acho que é apenas ansiedade, e que com a prática eu vou melhorando. O professor em geral foi bem legal conosco, nos explicando e tirando dúvidas. Só às vezes ele se mostrava meio sem paciência e até zangado com algumas dúvidas que nós tínhamos, mas, como ele é humano, vou tentar acreditar que se deva ao seu jeito de ser”.

NARRATIVA 18 – “A Reumatologia é uma área bastante complexa por abranger um grande número de doenças, mas também por lidar com sintomas inespecíficos, sintomas que são difíceis de quantificar sua intensidade, como por exemplo, a dor. Outro obstáculo são os pacientes que fingem ter doenças para conseguir benefícios, como a aposentadoria. Alguns pacientes apresentam doenças debilitantes, que em alguns casos causam sequelas que os tornam incapacitados para realizar suas atividades laborais, e nem sempre esses pacientes é que pedem atestado para conseguir aposentadoria. Pude perceber esse tipo de “comportamento” nos pacientes que trabalham em lavouras e nos pacientes já aposentados por idade, que gostariam de poder continuar com suas atividades diárias, seja em trabalhos domésticos ou trabalhando na horta do quintal. São pessoas que nem pensam na possibilidade de aposentar-se por doença, pois me pareceu que tem prazer nas atividades que exercem. Por outro lado, existem pacientes que chegam ao ambulatório com o único objetivo de conseguir um atestado de invalidez por doença, sendo que não há necessidade para isso; e esse padrão de pacientes são os que trabalham em áreas urbanas, pacientes jovens e que realmente não querem trabalhar. Esse aspecto me deixou bastante revoltada e desanimada. Uma sensação de

perder a vontade de ajudar essas pessoas, até porque elas não estavam procurando por ajuda, e sim querendo um benefício”.

“Ainda abordando esse assunto, esses pacientes que chegam querendo benefícios, chegam ao consultório reclamando de alguma doença que normalmente algum colega de trabalho tenha. Sendo assim, chegam com as mesmas queixas e exigindo o mesmo tratamento e o mesmo atestado. Uns ainda ousam dizer “meu colega de trabalho tem a mesma doença e hoje não consegue levantar um prato sequer porque perdeu toda a força...”. Simplesmente revoltante”.

“Um fato bastante interessante é que alguns pacientes chegam no ambulatório com o diagnóstico já formado. Atualmente, com a informatização de tudo, pode-se pesquisar qualquer sintoma na internet, que o “Dr. Google” já lança uma série de diagnósticos, tratamentos e etc. Resumindo, eles só vão ao médico pois precisam de uma receita, e ainda questionam quando o medicamento receitado é diferente daquele que viram na internet. Dessa maneira, fica bastante complicado de fazer o paciente ainda acreditar na palavra do médico. É complicado de explicar que cada caso tem sua peculiaridade, que cada paciente é diferente de acordo com suas doenças de base, idade, entre outras características. É um obstáculo bem grande a ser enfrentado”.

“A Reumatologia ainda apresenta alguns pontos a melhorar. Digo isso pois tive uma paciente que apresentava lúpus eritematoso sistêmico, sofria muito com dores articulares e eritema em face bem característico da LES (em asa de borboleta), mas que não preenchia todos os critérios diagnósticos para confirmar a doença. Essa era uma paciente que, do meu ponto de vista, merecia mesmo algum benefício devido à doença, mas não preenchendo os critérios, não tinha como conseguir. Mesmo fazendo biópsia de pele ela não conseguiu, pois o resultado foi negativo para a doença. Os medicamentos que ela usava não tratavam completamente a dor que ela apresentava, e isso limitava muito o trabalho dela (serviços gerais – limpeza). Esse caso achei bastante complicado, visto que esses critérios acabam sendo injustos. Alguns pacientes não sofrem tanto com dores quanto essa paciente, e conseguem o benefício prontamente”.

“A Reumatologia também nos faz lembrar detalhes muito importantes da semiologia geral que foi abordada no início do curso de medicina, que é “esmiuçar” a queixa do paciente. A maioria das doenças reumatológicas cursa com dor. Sendo assim, ela é a principal e mais frequente queixa dos pacientes. Portanto, esse sintoma deve ser abordado detalhadamente, tanto para realizar diagnóstico diferencial das doenças, quanto para conseguir realizar o tratamento sintomático ideal. Um paciente sem dor se torna um paciente satisfeito. Dessa

forma, a Reumatologia nos torna mais empáticos, nos preocupando com o bem estar do paciente e tratando-o com a maior atenção possível”.

“Aprendi bastante com a reumatologia. Não só pelos aspectos da clínica das doenças, formas de tratamento e manejo; mas também sobre relação médico-paciente. É essencial que tenhamos um bom relacionamento com o paciente, não só para manter o paciente “seu”, e sim para que ele saia satisfeito com a consulta, com a atenção voltada a ele, com a preocupação que temos com os sintomas que ele apresenta. Nem sempre a dor é o sintoma que mais preocupa o paciente, e sim a deformidade que a doença pode ter causado nas suas articulações. Esse tipo de cuidado é que nos permite ver o paciente como um todo”.

NARRATIVA 19 – “Durante as aulas de reumatologia, as consultas ambulatoriais foram observadas e descritas a seguir. Foram seis aulas no total e média de dois pacientes atendidos por aula. No geral, não gostei das consultas, foram consultas muito demoradas, pacientes com muitas queixas inespecíficas e difícil caracterização. Em alguns casos a parte teórica da área de reumatologia explica exatamente os sintomas dos pacientes, como por exemplo, pacientes portadores de Artrite Reumatóide com queixas de dor e rigidez matinal. Nesses casos, a teoria confirma a prática, sendo que quatro pacientes que foram ao ambulatório apresentavam basicamente os mesmos sintomas. Em outro caso, como por exemplo uma paciente diagnosticada com fibromialgia, não foi possível tentar fazer um diagnóstico preciso em um primeiro contato, pois a mesma queixava-se ao mesmo tempo de dores, edema de membros inferiores, cefaléia e ansiedade. De maneira geral, os pacientes apresentam-se com muitas queixas, sendo poucos os casos de pacientes menos queixosos. Até mesmo os pacientes menos queixosos, após algum tempo no ambulatório, pareciam estimulados a relatar seus problemas”.

“Foram casos interessantes, pude perceber que a queixa principal é a dor. Todos os pacientes relataram algum tipo de dor, sendo ela específica, localizada, generalizada ou inespecífica. O difícil é investigar o tempo de duração, parte do dia que ela se intensifica, se ela se irradia. Geralmente os pacientes apontam para uma parte do corpo e dizem que dói tudo, a todo momento e que o remédio não está ajudando, sendo que os pacientes, quase na totalidade fazem uso de uma grande quantidade de medicações. Além das dores, muitas consultas tornam-se cansativas por falta de especificidade por parte dos atendidos. Em uma consulta, uma paciente queixou-se que não estava conseguindo o benefício para passe livre em transporte público por não aceitação da prefeitura. Esse assunto tomou boa parte da consulta pois ela queria informações sobre o que poderia ser feito e após sair dali com um



atestado médico informando a patologia, voltou na outra semana para contar que ainda não tinham fornecido o benefício”.

“Dessa forma, baseado em alguns exemplos, posso relatar que reumatologia é uma especialidade que requer muito conhecimento e paciência por parte do profissional, pois confundem-se sintomas, relacionados, ou não, à patologias diagnosticada. Muitas vezes o profissional tem que dirigir a consulta e de certa forma, alguns sintomas podem ser deixados de lado. É preciso calma para montar uma história e a anamnese depende da colaboração do paciente para ser precisa, em alguns casos, é necessária a intervenção do médico para esclarecer o motivo principal da consulta”.

NARRATIVA 20 – “Antes da primeira aula prática de Reumatologia estava bem ansiosa e até mesmo com medo, pois não sabia como seriam, as dificuldades que enfrentaria na conversa com o paciente e também na realização do exame físico, pois apesar de já termos aulas de Reumatologia teórica em outro semestre, não tínhamos tido nenhuma aula prática. Porém já no início da aula, onde o Professor nos explicou como deveríamos conduzir tanto a anamnese como o exame físico, me tranquilizou bastante e sem dúvidas ajudou muito para os atendimentos do primeiro dia”.

“As aulas práticas subsequentes achei muito mais proveitosas, pois não tínhamos mais o medo inicial, já estávamos mais seguros do que perguntar, de como conduzir a consulta porém, ainda não muito seguro quanto à realização do exame físico. Por isso ressalto que acharia importante a realização de um exame físico reumatológico geral juntamente com o Professor principalmente nas consultas do primeiro dia, pois assim, estaríamos mais seguros e saberíamos realizar mais adequadamente nas consultas dos demais dias. Durante essas aulas, percebi que a Reumatologia é uma área muito difícil de trabalhar, pois muitas vezes os sintomas são inespecíficos e também muitos pacientes são poliqueixosos o que dificulta a determinação dos principais e mais relevantes sintomas e quais merecem real atenção e que sejam melhores avaliados. Também muitas vezes apresentam vários outros problemas de saúde e fazem uso de diversos medicamentos o que algumas vezes atrapalha no saber se os sintomas são de doenças adjacentes, da medicação em uso, ou da doença reumatológica em si”.

“Uma coisa que me decepcionou um pouco com a Reumatologia é que geralmente os pacientes reumatológicos necessitam fazer grandes tratamentos, utilizam diversas medicações, mas que só aliviam os sintomas apresentados, geralmente não apresentará solução plena do seu quadro, ou seja, essas pacientes irão viver por muito tempo com dores

que não passam com todas as medicações em uso e não tem mais o que fazer por esses pacientes em questão de tratamento. Isso me entristeceu um pouco nas aulas pois, você se sente impotente diante de várias doenças e sem ter como ajudar o paciente inteiramente”.

“No geral, achei muito interessante as aulas de Reumatologia, onde pudemos aprender bastante com os pacientes e suas histórias e com a experiência do Professor Eduardo. Apesar de alguns momentos nos sentirmos tristes por não ter muito o que fazer pelos pacientes com determinadas comorbidades, por outro lado presenciamos alguns momentos de alegria como no caso citado, o qual nos faz ver o quanto grande é a medicina e o quanto importante é o que fazemos na vida desses pacientes”.

## 5. DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS

As narrativas foram geradas e interpretadas dentro dos pressupostos da complexidade, servindo de ferramenta geradora de conhecimento através do próprio estímulo e desafio de contruí-la. Atenta-se também para a compreensão de que o tempo na narrativa é um fator essencial, pois é passado, presente e futuro, já que a narrativa se relaciona com a estrutura em três dimensões críticas da experiência humana “em termos gerais, o passado transmite a significatividade (significado ou significância), o presente transmite valores e o futuro transmite a intenção”.

Segundo Connelly e Clandinin (1995), citado por Passos e Marquesin (1999, p. 219), a escrita de narrativa pelo sujeito utilizando o ambiente, o objeto e seu contexto não é algo tranquilo, e reforçam as considerações sobre as dificuldades de escrever e sobre a inquietude durante a produção de narrativas, o que proporciona um modo de reviver, analisar e avaliar experiências e possibilita ao sujeito questionar-se sobre seus saberes e suas referências. Observa-se a dificuldade de expor-se pela escrita quando se remete às reflexões sobre a produção de narrativas por ser colocado num movimento de interiorização e exteriorização de suas experiências e auto-organização. O narrador participa de um “mergulho interior e o conhecimento de si”, a partir dos questionamentos sobre o saber de si, a partir do saber-ser e do saber-fazer-pensar sobre o que a vida lhe ensinou.

As narrativas foram analisadas por mim com interesse dirigido para a ação, o aprendizado pela convivência e o acolhimento do aluno no seu meio. Isso tudo com intuito de provocar mudanças na relação médico/ paciente, com mais respeito, afeto, solidariedade e cooperação entre o educador, educando e paciente. Coube a mim, ainda, a minha constante autoavaliação no processo de ensino-aprendizagem, abrindo mão de controle e poder e, portanto, sendo mais flexível e aberto a uma nova dinâmica de aprendizagem. Essa dinâmica baseou-se nos princípios da segunda cibernética de Heinz Von Foerster que, com novas idéias de auto-organização, desenvolveu um modelo qualitativo para os seres vivos chamado de “ordem pelo ruído”, indicando um sistema auto-organizador onde o ruído ( no caso o desafio dos alunos de redigirem as narrativas e ao mesmo tempo atenderem sozinhos os pacientes e tomarem as decisões terapêuticas adequadas) é gerador de conhecimento, energia, integrando-o à estrutura do ser vivo aumentando sua ordem interna. A segunda cibernética possibilitou o surgimento do movimento de auto-organização (MAO) o que, juntamente com o biólogo chileno Humberto Maturana, apresentou suas ideias de cognição como um fenômeno biológico, supondo que os organismos vivos estão organizados em uma rede onde os sistemas

vivos são sistemas cognitivos e a vida é um processo de cognição. O estímulo ou “ruído” da nova forma pedagógica do ambulatório de reumatologia provocou nos acadêmicos um processo cognitivo autopoietico que aprimorou de forma surpreendente o aprendizado do conteúdo com uma visão mais ampla da medicina e observei também um amadurecimento intelectual e desenvolvimento pessoal dos mesmos.

Como sou professor há 3 anos da disciplina de Reumatologia e do ambulatório de reumatologia e dor, percebi que essa turma que foi submetida ao processo de narrar suas atividades e experiências obtiveram uma maior confiança no atendimento do paciente (algo temido pela maioria por serem os primeiros contatos de forma autônoma com os doentes), melhor aprendizado e fixação da disciplina teórica e senso crítico apurado frente à minha atuação como professor e médico. Isso me surpreendeu bastante, houve discussões acaloradas e com bom embasamento técnico e visão humanística sobre o tratamento como um todo, medicamentoso, reabilitacional e até mesmo sugestões de acompanhamento psicológico de pacientes crônicos com dor antes não percebidos por mim. Tudo isso me levou à conclusão que comparado-se turmas anteriores houve um grande aprimoramento no autoaprendizado teórico, prático e, uma formação muito mais humanizadora e uma visão holística dos alunos do curso de Medicina com a introdução da avaliação por meio de narrativas de suas atividades acadêmicas em ambiente de atendimento. Nos três anos de existência do ambulatório, os acadêmicos sempre chegavam até mim no 4º ano da Faculdade de Medicina, com uma visão pobre e limitada da futura profissão, com uma visão fragmentada das disciplinas, sem opinião formada ou rápida capacidade de decisão e atitude frente aos problemas a serem resolvidos. Houve também um importante processo de auto-organização do pesquisador incluído em que os sujeitos provocaram, ao longo de nosso trabalho no ambulatório, críticas e sugestões que provocaram *insights* sobre o ponto de vista de meu próprio trabalho como professor e meu atendimento como médico. Cito, como exemplo, trecho da narrativa de uma aluna: “Acho que essa paciente foi bem difícil, tanto que o professor me disse que é muito chato atendê-la. Bom, era uma paciente jovem, estudante, com Lupus Eritematoso Sistêmico (LES) em tratamento, e que foi acompanhada da sua mãe. O problema é que a mãe falava demais, divagava, perguntava tudo sem esperar resposta, e reclamava de tudo. A paciente também parecia meio frustrada, acho que ela ainda não entendeu muito sobre o seu problema. Foi bem difícil conduzir essa consulta, pois fui bombardeada de perguntas e manifestações de indignação. Enfim, fui até o professor, que quando viu a pasta dela, já me desanimou ainda mais, dizendo que era um saco atendê-las. Me instruiu a ser bem objetiva e não dar muita conversa, pois não levaria a nada. Foi bem chato mesmo. Acho que ainda falta tempo para que

a paciente e a mãe entendam que a doença em questão não tem cura, e sim controle....” Em outra narrativa a mesma aluna desabafa: “Acredito que seja uma paciente boa em relação à adesão, e isso muda muito o que eu espero da relação médico-paciente, pois quando um paciente não adere a alguma instrução dada, me sinto bem frustrada. Nesse dia, o professor estava um pouco rude conosco, talvez devido às deficiências que nós temos em prescrição médica. Quando isso acontece eu fico com muito receio se vou ser uma boa profissional ou não, fica uma insegurança de como eu serei lá na frente...”.

Em outra narrativa, uma aluna fala de seus *insights* no aprendizado do ambulatório: “No início dos atendimentos no ambulatório acadêmico, estava com uma idéia bastante clara sobre a personalidade e características dos pacientes. Em teoria, a grande parte dos atendidos na reumatologia são pessoas poliqueixosas que não respondem bem ao tratamento empregado. Porém, obtive opiniões diferentes enquanto atendia. Percebi que o paciente reumatológico sente uma necessidade maior de explicar seus sintomas e ser compreendido pelo médico, passando a imagem de um paciente obsessivo com sua saúde. Talvez por serem queixas inespecíficas, nem sempre conseguimos entender como o dia-a-dia do paciente está alterado devido a sua patologia. Não atendi pessoas poliqueixosas e sim pessoas com uma vontade de viver cada dia melhor. Durante o tempo no ambulatório acadêmico, atendemos várias pessoas com patologias diferentes e conseguimos formular uma opinião própria sobre a reumatologia. Considero que seria bastante proveitoso, se após todos os atendimentos pudéssemos realizar um grupo de discussão sobre aquele dia. Penso que os acadêmicos devem atender suas consultas com uma mente aberta, livre de preconceitos. Somente assim, poderemos nos colocar no lugar do paciente e entendermos como um sintoma, que, muitas vezes, consideramos irrelevante, pode estar afetando sua vida”. A aluna em questão no início do semestre apresentava dificuldade em se expressar verbalmente ao contar o caso do paciente atendido tanto quanto na redação da anamnese (relatório do atendimento), em que muitas vezes não compreendia o porquê do desânimo, tristeza e queixa dos pacientes com dor crônica. No final do semestre apresentou uma melhora considerável da compreensão da complexificação do sofrimento dos doentes, do atendimento, do ambulatório e da disciplina de reumatologia como um todo.

## 6. CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS

Após inúmeras constatações, percebi que as narrativas representaram uma mudança significativa na prática pedagógica, pois possibilitaram que através delas novas dimensões do trabalho surgissem e ofereceram contribuições recíprocas entre o produtor e ouvinte da narrativa produzida, criando um fazer e saber pedagógico inéditos ao grupo. Possibilitaram a mim e aos alunos a compreensão de que as narrativas não são meros registros que envolvem as pessoas, mas instrumentos que aproximam e instigam a abertura para uma reflexão profunda e afetiva sobre as experiências vividas. Tornaram-se, então, um instrumento provocativo, levando a uma emancipação cognitiva desencadeadora de processos de autoaprendizado, inquietação e sensibilização, não antes percebidos na sua real dimensão apesar de automaticamente ou de forma inerte vivenciados pelos alunos e o professor no seu cotidiano acadêmico. Da mesma forma que grandes educadores como Paulo Freire e Darcy Ribeiro observavam os problemas da atual forma de ensino onde desde o ensino primário até o universitário esta “inércia intelectual”, onde o aluno é apenas doutrinado, conduzido, sendo mero objeto de aprendizagem e manipulação. Essa forma trata-se de uma verdadeira linha de montagem de estudantes sem opinião formada sobre a disciplina e o conteúdo estudado ou vivenciado. Entretanto, no atual estudo, observei que as narrativas provocaram fenômenos de emancipação do conhecimento, da linguagem e da aprendizagem, com interpretações e reflexões sobre o processo vivido, tornando-o dinâmico, mesmo depois de acontecido, com a revisão posterior do que foi redigido e a autoanálise da mesma, por que a vida mesmo é descontínua, porque a realidade mesmo é descontínua segundo o filósofo Theodor Adorno.(ADORNNO, 2003 p. 15)

Como a narrativa é uma história, pois apresenta o momento vivido (LARROSA, 1998); é um instrumento formativo (SOUZA, 2006); traz, portanto, indícios de aprendizagem, de transformação e, conseqüentemente, de desenvolvimento profissional, exige um mergulho na subjetividade que constitui cada um: pode-se compreender as coisas a partir do que se sabe, de vivências afetivas, de experiências, mas também se pode fazê-lo por meio do outro; o processo de mudança é complexo, intrigante e desafiador — por isso exige esforço e dedicação e inclui observações e contradições.

Aprendi, juntamente com meus alunos, que a necessidade de relatar as experiências e reflexões dos atendimentos trouxe para o grupo a segurança sobre a reconstituição de cada um e sobre a transformação de seus saberes. Também nos tornamos mais compreensivos,

sensíveis e tolerantes entre nós e com os pacientes, modificando profundamente nosso cotidiano de atendimento, ensino e aprendizagem.

Portanto, as narrativas, como estratégia de formação, me surpreenderam e deixaram marcas dessas mudanças, pois o grupo percebeu e teve necessidade de compartilhar, de conviver e de vivenciar experiências autênticas de transformação de sua formação e autoaprendizado. No planejar e redigir as narrativas, sem dúvida, obtiveram um desenvolvimento cognitivo importante e, profissionalmente, constituíram de forma mais autêntica e humana sua identidade de futuros médicos. Segundo eles próprios disseram, verdadeiros transformadores de seus saberes e de suas práticas.

Eu almejava, com o estudo, provocar nos acadêmicos de Medicina uma inquietação que possibilitasse um crescimento pessoal e profissional e, por conseguinte, desenvolvessem um pensamento complexo recriando o conhecimento e estimulando o acoplamento estrutural entre o eles e o meio em que estão inseridos.

O modo de ouvir o outro na cultura patriarcal/matriarcal, segundo Maturana(1998), assume a existência de uma realidade em si, em que o outro apenas está para ser validado ou invalidado, e confirmar ou desconfirmar a nós mesmos. Essa conduta provoca o fechamento das conversações colaborativas e reflexivas, mantendo as relações enraizadas de dominação e sujeição.

As narrativas provocaram inquietação que levaram a uma humanização do ato médico com ética e respeito pelo ser humano acima de tudo, além de afetividade, emoção, criatividade e espiritualidade, modificando-se em um momento de interação em que somos sistemas auto-organizadores, fechados para informação, mas abertos para trocas.

Eu tinha como objetivo observar o desenvolvimento do pensar complexo e da auto-organização do aluno dentro de novas percepções ontoepistemológicas na disciplina de Reumatologia da Faculdade de Medicina da UNISC. Dentro dos princípios da complexidade da Biologia da Cognição, eu visava a construção do conhecimento pela convivência e experimentação numa participação ativa no ambiente e o desenvolvimento cognitivo, afetivo e de acoplamento dos alunos com pacientes e professores em relação ao tradicional contexto de aprendizagem. Analisei o processo do conhecer e da construção do saber/ser do aluno pela perturbação da convivência com o paciente e sua problemática apresentada na consulta médica. Além disso, houve a ampliação e o entendimento da complexificação com a organização cognitiva e afetiva do aluno no universo da autonomia possibilitada pelo professor no seu desenvolvimento na interação médico-paciente. Com isso, este estudo sugere a aplicabilidade de narrativas no currículo acadêmico do curso de medicina da UNISC como

instrumento cognitivo de avaliação , aprendizado médico, e desenvolvimento humanístico dos alunos graduandos.



## REFERÊNCIAS

ADORNO, Theodor W. O ensaio como forma. In: \_\_\_\_\_ *Notas de literatura*. São Paulo: Duas Cidades, Editora 34, 2003, p15-45.

ATLAN, Henri. *Entre o Cristal e a Fumaça*: ensaio sobre a organização do ser vivo. Tradução: Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1992

AUGÉ, Marc . *Ordre biologique, ordre social: la maladie forme élémentaire de l'événement*. In: AUGÉ, M.; HERZLICH, C. (Eds.). *Le sens du mal*. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie. Paris: Éditions des Archives Contemporaines, 1984. p. 35-91.

BACHELARD, Gaston. *A formação do espírito científico*. Rio de Janeiro : Contraponto, 2001.

BOELEN, C et al. *Developing Protocols for change in Medical Education. Report of an Informal consultation*. (Seattle, Washington, USA, 11 a 14 de agosto 1992). Genebra, OMS

CAPRA, Fritjof. *A Teia da vida : uma nova compreensão científica dos sistemas vivos* São Paulo, Ed Cultrix, 1999

DEMO, Pedro. *Complexidade e Aprendizagem - a dinâmica não linear do conhecimento*. São Paulo; Atlas, 2002.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa e construção do conhecimento – Metodologia científica no caminho de Habermas*. 2º Ed, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1996.

HYDÉN, Lars Christer. *Illness and narrative*. Sociol. Health Illness, v.19, n.1, p.48-69, 1997.

HEYTING, Arend. *Mathematische Grundlagenforschung, Intuitionismus und Beweistheorie*, Berlim, 1934) /www.filoinfo.bem-vindo.net

KASTRUP, Virgínia. *A invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição*. Papyrus, 1999.

\_\_\_\_\_. *Cognição e emoção na dinâmica da dobra afetiva*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 14, n. 2, p. 385-394, abr./jun. 2009

MARIOTTI, Humberto. *As paixões do ego: complexidade, política e solidariedade*. 2. ed. São Paulo: Palas Athena, 2000.

MATURANA, H.; VARELA, F. *A árvore do conhecimento: as bases biológicas da compreensão humana*. São Paulo: Palas Athena, 2010.

\_\_\_\_\_. *Emoções e linguagem na educação e na política* Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1998.

\_\_\_\_\_. *A ontologia da realidade*. . Belo Horizonte: Ed. UFMG, 1997.

\_\_\_\_\_. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001.

\_\_\_\_\_. De *Máquinas e seres vivos-Autopoiesis- a Organização do vivo*. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.

LARROSA, Jorge. *La experiencia de la lectura: estudios sobre literatura y formación*. Barcelona: Laertes, 1998.

MATURANA, H.; DÁVILA, X.Y. *Biologia do TAO ou o caminho do amar*. IN: Habitar humano em seis ensaios de biologia cultural, São Paulo, Palas Atenas, 2009.

MORAES, Maria Cândida. *Educar na biologia do amor e da solidariedade*. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. *O paradigma educacional emergente*. Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. *O paradigma educacional emergente*. Em Aberto Brasília, ano 16, n.70. abr./jun. 1996.

MORIN, Edgar. *Ciência com consciência*. Rio de Janeiro: Ed Bertrand Brasil LTDA, 2007.

\_\_\_\_\_. *Introdução ao Pensamento Complexo*. 2<sup>a</sup> ed. Trad. Dulce Matos. Lisboa: Instituto Piaget. Epistemologia e Sociedade, n.2. 2001.

\_\_\_\_\_. Por uma Reforma de Pensamento. In: PENA-VEGA, Alfredo; NASCIMENTO, Elimar Pinheiro. *O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade*. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

\_\_\_\_\_. Da necessidade de um pensamento complexo. In: MARTINS, F.M.; SILVA, J.M. *Para navegar no século XXI/21: tecnologias do imaginário e cibercultura*. Editora Sulina, 2003.

NIETZSCHE, Friederich. *Nietzsche*. São Paulo: Abril, 1983. Coleção “Os Pensadores”.

OLIVEIRA, Clara Costa. *Auto-organização, educação e saúde*. Coimbra: Ed Ariadne, 2004.

\_\_\_\_\_. *A educação como processo auto-organizativo. Fundamentos teóricos para uma educação permanente e comunitária*. Ed. Instituto Piaget, Lisboa, 1999.

PASSOS, Laurizete F.; MARQUESIN, Denise F. *Narrativas como objeto de estudo: Aportes teóricos*. Revista Múltiplas Leituras, v.2, n.2, p. 219-237, jul. /dez. 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Ed. UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

SOUZA, Elizeu C. *Pesquisa narrativa e escrita (auto) biográfica: interfaces metodológicas e formativas*. In: SOUZA, Elizeu C.; ABRAHÃO, Maria Helena B. *Tempos, narrativas e ficções: a invenção de si*. Porto Alegre: Edipucrs, 2006. p. 135-147

SPINK, Mary Jane Paris. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez, 1999

TRIVIÑOS, Augusto N.S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais- a pesquisa qualitativa em educação*.Ed. ATLAS, São Paulo, 1990.

UBIRATAN, D'Ambrosio. *Transdisciplinaridade*, Editora Palas Athena, São Paulo, 1997.

VYGOTSKY, Lev .*Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fortes, 1993.

## **ANEXOS**

**ANEXO A – Autorização da pesquisa**

**ANEXO B – Termo de Consentimento**