

Saber é sentir, sentir é saber: O ponto de partida do LABSensi

OLIVEIRA, Maria Verônica Araújo de Santa Cruz¹
PACHECO, Rafaela Alves²

RESUMO

Este artigo tem por objetivo resgatar o processo histórico que levou à criação, estruturação e organização do Laboratório de Sensibilidades do Curso de Medicina da UFPE/CAA. Iremos apresentar os questionamentos e referenciais teóricos e metodológicos que nos inspiraram para sua concepção. Partimos da crítica do alijamento da sensibilidade nos processos educativos em decorrência da hegemonia da racionalidade instrumental. Dentre suas consequências, evidenciam-se a estruturação de práticas questionáveis eticamente e impactos na saúde dos estudantes e profissionais de saúde. Buscamos, então, a construção de um espaço pedagógico para a incorporação do sensível no ensino de medicina através de estratégia multifacetada. Orientamo-nos pelas DCNs de Medicina, Medicina Centrada na Pessoa, visão holística do ser humano e do processo de ensino aprendizagem a partir da complexidade. Utilizamos metodologias ativas, vivências corporais e artísticas na construção coletiva, crítica e criativa de conhecimentos sensíveis visando a autonomia dos estudantes no desenvolvimento de habilidades clínicas.

Educação Médica. Educação Sensível. Corporeidade. Sensibilidade. Habilidades clínicas.

Knowing is feeling, feeling is knowing: LABSENSI's starting point

ABSTRACT

This article aims to rescue the historical process that led to the creation, structuring and organization of UFPE / CAA's Medical School Laboratório de Sensibilidade (Sensitivity Laboratory). We will present the theoretical and methodological questions and references that inspired its conception. The starting point is our critique of the

¹ Mestra em Educação pela UFPB, doutoranda em Psicologia pelo PPGPsi/UFPE, Sanitarista, Psicóloga Clínica, arte terapeuta, doutoranda em Psicologia pelo PPGPsi/UFPE. Psicóloga do SEAP do Curso de Medicina NCV UFPE. Email: mvascoliveira@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8683488320316538>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2999-7054>.

² Médica de Família e Comunidade com ênfase em Saúde Mental. Mestra em Saúde Coletiva pelo PPGSC/UFPE. Professora do Curso de Medicina NCV UFPE. Email: rafaelapacheco80@gmail.com. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7333784067490472>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9317-8865>.

sensitivity avoidance in educational processes due to hegemony of the instrumental rationality. Among its consequences, we can put in evidence ethically questionable structuring practices and health impacts on students and healthcare professionals. By teaching medicine through a multifaceted strategy, we seek the construction of a pedagogical space for incorporation of the sensitive. We are guided by the Medicine's National Curriculum Guidelines, Person Centered Medicine, holistic view of the human being and complexity-based teaching learning process. We use active methodologies, body and artistic experiences in collective construction, critical and creative sensible knowledge aiming students' autonomy in the clinical skills' development.

Medical education. Sensible education. Corporeity. Sensibility. Clinical skills.

Conoscere è sentire, sentire è conoscere: il punto di partenza di LABSensi

RIASSUNTO

Questo articolo vorrebbe presentare il processo storico che ha portato alla creazione, alla strutturazione e all'organizzazione del Laboratorio di Sensibilità del corso di medicina de la Universitá Federal de Pernambuco, Caruaru, Brasile. Presenteremo le domande e i riferimenti teorici e metodologici che ci hanno ispirato per la sua concezione. Partiamo dalla critica dell'eliminazione della sensibilità nei processi educativi dovuta all'egemonia della razionalità strumentale. Tra le sue conseguenze c'è la strutturazione di pratiche eticamente discutibili e impatti sulla salute di studenti e professionisti della salute. Cerchiamo quindi la costruzione di uno spazio pedagogico per l'incorporazione del sensibile nell'insegnamento della medicina attraverso una strategia poliedrica. Siamo guidati dai DCN della medicina, dalla medicina centrata sulla persona, dalla visione olistica dell'essere umano e dal processo di insegnamento che apprende dalla complessità. Usiamo metodologie attive, esperienze corporee ed artistiche nella costruzione collettiva, critica e creativa di conoscenze sensibili che mirano all'autonomia degli studenti nello sviluppo delle abilità cliniche.

Educazione Medica. Educazione Sensibile. Corporeità. Sensibilità. Abilità Cliniche.

Saber es sentir, sentir es saber: el punto de partida de LABSensi

RESUMEN

Este artículo tiene como objetivo rescatar el proceso histórico que condujo a la creación, estructuración y organización del Laboratorio de Sensibilidad de la Facultad de Medicina de la UFPE / CAA. Presentaremos las preguntas y referencias teóricas y metodológicas que nos inspiraron para su concepción. Partimos de la crítica a la eliminación de la sensibilidad en los procesos educativos debido a la

hegemonía de la racionalidad instrumental. Entre sus consecuencias está la estructuración de prácticas e impactos éticamente cuestionables en la salud de los estudiantes y profesionales de la salud. Buscamos, entonces, la construcción de un espacio pedagógico para la incorporación de lo sensible en la enseñanza de la medicina a través de una estrategia multifacética. Nos guiamos por los DCN de medicina, la medicina centrada en la persona, la visión holística del ser humano y el proceso de enseñanza que aprende de la complejidad. Utilizamos metodologías activas, experiencias corporales y artísticas en la construcción colectiva, crítica y creativa de conocimiento sensible con el objetivo de la autonomía de los estudiantes en el desarrollo de habilidades clínicas.

Educación médica Educación sensible. Corporeality. Sensibilidad Habilidades clínicas.

157

INTRODUÇÃO

O Curso de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco foi inaugurado em 2014, no Centro Acadêmico do Agreste, na cidade de Caruaru, no estado de Pernambuco. O Curso foi construído tendo como principal referência os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina de 2001 e reatualizadas em junho de 2014 (BRASIL, 2001 e 2014). Assim, seu projeto pedagógico teve como princípio organizador do currículo as metodologias ativas, o desenvolvimento de competências visando o cuidado integral e o comprometimento com uma formação que ao mesmo tempo que garantisse excelência ética, técnica e humanística também se comprometeria com “o desenvolvimento total da pessoa – espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade” (DELORS, 1997 apud UFPE, 2014).

Para dar conta de seus objetivos, o curso contou desde sua inauguração com cinco espaços pedagógicos: a Tutoria, a Prática Interdisciplinar de Ensino, Serviço e Comunidade (PIESC), o Laboratório de Informática, o Laboratório Morfofuncional e o Laboratório de Sensibilidades, Habilidades e Expressão (LABSHEX)³. Este último teve por objetivo construir competência clínica articulando o processo de produção coletiva de conhecimentos e do saber fazer com a sensibilidade, expressão e comunicação para o desenvolvimento de habilidades e atitudes clínicas saudáveis e humanizadas. Este artigo visa apresentar os primórdios de sua proposta, transcorrendo pelos referenciais teóricos e metodológicos que apontaram para a importância de um saber sensível assim como compartilhar os caminhos que percorremos para a sua estruturação.

Tendo em vista que a base curricular do nosso Curso se organiza por competências, nosso ponto de partida foi refletir sobre os desafios que se colocam

³ Atualmente, Laboratório de Sensibilidades (LABSensi)

na mudança de um modelo hegemônico estruturado em conteúdo para este novo contexto educacional.

Formação orientada por competência e a necessidade da incorporação da sensibilidade na formação médica

Vários autores associam a necessidade de organizar o currículo por competência às atuais exigências da economia que demandam trabalhadores com maior capacidade criativa, polivalentes e mais flexíveis às transformações do mercado (COSTA, 2005; DELUIZ, 2001; LIMA, 2005 e SANTOS, 2011).

158

Santos (2011) chama a atenção que a mudança da organização curricular tendo como referência o desenvolvimento de competência exige grandes transformações no processo educacional tendo em vista que o currículo antes definido pelos conhecimentos a serem adquiridos passa a ser definido segundo o perfil do egresso, isto é, segundo os resultados a serem alcançados. Assim, a formação deve desenvolver nos aprendizes habilidades e posturas atitudinais que serão demandas na vida profissional. Diante deste contexto é necessário descentrar o processo educativo da figura do educador e trazer os aprendizes como centro do processo; reconstruir relações mais horizontalizadas entre professores e estudantes, onde todos precisam aprender a aprender; articular teoria e prática, transformando a visão dos encontros pedagógicos enquanto espaço para aquisição do conhecimento para um visão que o torne o *locus* da aplicação de conhecimentos.

No entanto, o conceito de competência é polissêmico, abrigando várias abordagens (DELUIZ, 2001; LIMA, 2005). Costa (2005) ao analisar a implantação de um currículo por competência chama a atenção para que a polissemia do termo dá margem para diversas relações conceituais que podem fragilizar a implantação das transformações que se busca. Assim, é necessário questionar-se a respeito de quais conceitos serão adotados.

Lima (2005) defende que a abordagem dialógica das competências é um caminho importante para os cursos da saúde dada a sua visão holística, sua capacidade de gerar autonomia e seu comprometimento com as questões sociais. Isto porque no momento que esta abordagem reconhece as dimensões cognitivas, psicomotoras e afetivas como atributos que combinam-se gerando diversas maneiras de vivenciar a prática profissional, constrói competências que dota os aprendizes de estilo próprio e com capacidade para um desempenho de sucesso tanto em situações familiares como não familiares. A autora também refere que na abordagem dialógica há uma importância para a articulação da teoria e prática se dê no o mundo do trabalho visando dotar o processo formativo de significados para os estudantes e ser fruto das necessidades sociais.

“Na abordagem dialógica de competência, a construção de significado pressupõe a transferência da aprendizagem baseada nos conteúdos para uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática. É na reflexão e na teorização a partir das ações da prática profissional, preferencialmente realizadas em situações reais do trabalho, que estudantes e docentes constroem e desenvolvem capacidades. Orientar o processo ensino aprendizagem por competência tem, por definição, um caráter prático e social. Os conteúdos passam a ser explorados considerando-se o significado a eles atribuídos e sua consistência e funcionalidade para o enfrentamento de situações reais e complexas, segundo padrões de excelência socialmente definidos.” (LIMA, 2005, p. 374).

Nas DCNs para os Cursos de Graduação de Medicina encontramos a seguinte definição de competência:

“(...) a capacidade de mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, com utilização dos recursos disponíveis, e exprimindo-se em iniciativas e ações que traduzem desempenhos capazes de solucionar, com pertinência, oportunidade e sucesso, os desafios que se apresentam à prática profissional, em diferentes contextos do trabalho em saúde, traduzindo a excelência da prática médica, prioritariamente nos cenários do Sistema Único de Saúde (SUS)”. (BRASIL, 2014).

Estruturam os conhecimentos, habilidades e atitudes em três áreas a saber: a assistência á saúde, gestão em saúde e educação em saúde. As habilidades a serem desenvolvidas são, deste modo, parte constitutivas das competências e respondem a dimensão de um saber fazer que mobiliza a cognição articulada a destreza motora e afetiva. Deste modo, Santos (2011) ressalta que as competências são multidimensionais, envolvendo na sua construção aspectos cognitivos, técnicos, afetivos, relacionais, integrativos e contextuais.

Fraser e Greenhalgh (2001) chamam a atenção para a necessidade de se incorporar ao debate de competências, habilidades e atitudes o conceito de capability que traduzimos livremente como a habilidade de um indivíduo se adaptar às mudanças impostas por um mundo complexo, de modo a construir novos conhecimentos e melhorar sua performance enquanto profissional, mesmo em ambientes e situações com pouca ou nenhuma familiaridade.

E ao falar do trabalho em saúde é preciso destacar que este é um trabalho que envolve alta complexidade, pois é corrente a concepção de que o processo saúde doença está relacionado com questões biológicas, psicoemocionais, sociais e culturais.

Neste contexto e considerando a articulação de conhecimentos, habilidades, atitudes e capability requeridos atualmente ao exercício profissional da medicina,

chamamos a atenção para o amplo destaque que as questões como integralidade, humanização do cuidado e comunicação em saúde tem tomado nesse debate. Isto porque nesta abordagem os laços entre os profissionais de saúde e pessoas a serem cuidadas tornam-se mais estreitos, de modo a evidenciar a complexidade do adoecimento humano. Entende-se, mais do que nunca, que esses temas são fundantes no escopo da formação médica e dos demais profissionais de saúde.

A educação na perspectiva da capability, portanto, precisa dar suporte aos estudantes para que os mesmos construam suas próprias aprendizagens, de modo a darem retorno, refletirem e consolidarem esse aprendizado, evitando metas rígidas e conteúdos prescritores (FRASER; GREENHALGH, 2001).

160

É importante frisar que as metodologias ativas de ensino e aprendizagem em alguma parte constroem respostas a essas questões, porém a prática médica se estrutura ao redor do que se nomeia “tensão estruturante” entre os domínios do conhecer (associado ao racional/cognitivo e ao científico) e do sentir (relacionado ao corporal/emocional/afetivo e ao psicológico). E nesse sentido, transpor as barreiras da cognição per si levando as práticas de ensino-aprendizagem para outros territórios coloca-se como algo bastante pertinente, porém, um grande desafio.

A crítica à racionalidade biomédica e seus impactos na formação

O desafio se dá porque a ciência que embasa a medicina hegemônica ocidental tem suas origens no pensamento cartesiano o qual se estruturou dentro de uma racionalidade instrumental que ao buscar ser a única fonte da verdade, perseguiu um modelo de conhecer a realidade de forma objetiva e neutra. Assim, tudo que não fosse possível de ser claramente classificado e quantificável deveria ser relegado ao mundo do obscuro. A mente e o corpo foram separados, a primeira, de difícil estudo para a ciência dada a sua obscuridade, foi desvalorizada. O segundo foi esquartejado em pedaços cada vez menores visando sua classificação anatômica (CAPRA, 1983). A visão cartesiana acrescida da visão funcionalista associou imageticamente o corpo humano a uma máquina. Esta ciência, então, construiu uma visão fragmentada da realidade e como bem aponta Mafesolli (1998), alijou o sensível do processo de conhecer.

Segundo Capra (1983), esta objetualização das pessoas e dos seus corpos não conseguiu um movimento posterior integrador que levasse a noção do corpo como um todo e deste como parte de um corpo maior, o ambiente, a sociedade, o mundo em que se vive. Esta visão da realidade fragmentada reduziu o processo saúde-doença a determinações microbiológicas, indiferentes às questões macroestruturais e subjetivas.

Duarte Júnior (2000) realiza uma crítica importante em relação aos impactos

desta racionalidade na prática médica. Ao se desvalorizar a dimensão subjetiva do corpo, isto é, o conhecimento sensível e ao se colocar a ciência como a detentora única da verdade, ocorreu uma fragilização da autonomia dos sujeitos tanto na sua autoconsciência (só o médico sabe sobre seu corpo) como na sua cura (só o médico que sabe sobre seu corpo, pode lhe restaurar a saúde). O autor ainda aponta que a racionalidade cartesiana e funcionalista fez com que a dimensão do ser humano se perdesse, uma vez que o corpo foi concebido como uma máquina. Neste contexto, a doença foi compreendida como a expressão de um mal funcionamento desta máquina e a cura como uma intervenção agressiva que repara esta máquina. Assim, exclui-se da compreensão e tratamento do adoecimento a complexidade que traduz a existência, a qual é resultado de uma complexa teia de relações subjetivas, intersubjetivas, sociais, culturais e com o ambiente.

Esta visão fragmentada e funcionalista fragmentou e afastou o médico do corpo dos seus pacientes, levando a uma prática diagnóstica dependente dos exames bioquímicos e por intermédios de equipamentos de alta carga tecnológica.

“(…) a dependência em relação à alta tecnologia ter feito com que os médicos significativamente se afastassem mais e mais do próprio corpo de seus pacientes. Isto é: de maneira progressiva o conhecimento corporal direto e exercido através de toques, auscultações e observações veio sendo trocado pela coleta de materiais para exames em laboratórios e pela investigação levada a cabo por máquinas e aparelhos sofisticados que, em teoria, substituem uma avaliação sensível por parte do profissional. Não que tal tecnologia seja dispensável, porém seu papel deveria ser muito mais o de ampliar a capacidade avaliativa do médico do que o de substituí-la (...) Alegoricamente, o microscópio deve ampliar a capacidade do olhar sem, no entanto, pretender substituí-lo. (DUARTE JR., p.67).

E na semiologia, mesmo dentro de uma visão da medicina hegemônica ocidental se destaca a importância de alguns aspectos outrora pouco trabalhados. Porto (2013), ao discutir os princípios para o aprendizado do método clínico, ressalta a importância do encontro com o paciente que precisa ser avaliado do ponto de vista biológico (anatômico, fisiológico, bioquímico, patológico) e também em seus aspectos emocionais e socioculturais. De uma outra forma, refere que as questões supra pessoais desse paciente são importantes e devem entrar desde pronto na investigação semiológica já na primeira consulta.

Porto (2013) afirma ainda a necessidade de se debruçar sobre as questões emocionais tanto do médico quanto do paciente no momento do exame clínico. Coloca da importância dos componentes emocionais e da necessidade de serem bem compreendidos. Aborda as emoções como concernentes ao campo da subjetividade, incluindo os aspectos afetivos e éticos relacionados ao paciente e sua família, ao trabalho, às condições econômicas e legais bem como à representação

do paciente na sociedade.

A perspectiva mais ampliada do método clínico centrado na pessoa aprofunda esse olhar. Stewart (2001) advoga que para a plena incorporação desse método há dois grandes desafios na superação de um antigo debate que acompanha a medicina ao longo dos séculos. O primeiro diria respeito à dicotomia entre medicina centrada na pessoa X centrada no médico. O outro debate refere-se a medicina centrada no paciente X centrada na doença.

Em relação ao primeiro debate da medicina centrada na pessoa versus centrada no médico o ponto central da discussão gira em torno da autonomia do paciente em relação ao poder médico. Enquanto que o segundo debate refere-se às questões relacionadas à busca dos desejos, necessidades e expectativas do paciente, não se restringindo a sua doença. Seria necessária a incorporação dessas duas vertentes para o real entendimento e execução do método.

Corroborando com o debatido até aqui e analisando os trabalhos de Stewart e colaboradores desde a década de 1990, encontramos a construção de um modelo clínico centrado na pessoa. Neste modelo, o foco no médico e na doença dão lugar a transformação do método clínico de modo que a pessoa a ser cuidada, sua autonomia e suas questões subjetivas, sociais e culturais ganham pleno destaque. Uma síntese dos seis componentes⁴ a serem trabalhados neste método clínico no quadro 1.

Em síntese, seriam dois os elementos principais da Medicina Centrada na Pessoa (MCCP): um relacionado ao cuidado da pessoa com olhar ampliado em suas ideias, pensamentos e emoções relacionados ao estar doente bem como às respostas a isso. O outro elemento refere-se à identificação de objetivos comuns entre médicos e pacientes, de modo a haver o compartilhamento pessoa-pessoa de decisões e responsabilidades no processo de cuidar.

Quadro 1- Componentes do atendimento centrado na pessoa

Os seis componentes interativos do processo de atendimento centrado na pessoa

1. Explorando a doença e a experiência da doença
 - História clínica, exame físico, exames laboratoriais
 - Dimensões da doença (sentimentos, ideias, efeitos nas funções e expectativas)
2. Entendendo a pessoa como um todo
 - A pessoa (história de vida, questões pessoais e de desenvolvimento)
 - O contexto próximo (família, trabalho, rede de apoio social)
 - O contexto remoto (cultura, comunidade, ecossistema)

⁴ O Método Clínico Centrado na Pessoa à época da construção desse artigo ainda preconizava seis componentes. Atualmente os autores que trabalham a Medicina Centrada na Pessoa referem que são quatro os componentes, tendo os outros dois restantes sido inseridos de forma longitudinal na abordagem à pessoa a ser cuidada. Como registro temporal, resolvemos manter o MCCP em sua forma anterior, tal qual serviu de inspiração para as construções no curso.

3. Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas
 - O problema e prioridades
 - Objetivos do tratamento e/ou manejo da doença
 - Papeis da pessoa atendida e do médico
4. Incorporando prevenção e promoção de saúde
 - Melhora da saúde
 - Prevenção de riscos
 - Redução de riscos
 - Identificação precoce
 - Redução das complicações
5. Intensificando o relacionamento entre pessoa e médico
 - Compaixão
 - Poder
 - Cura
 - Consciência de si mesmo
 - Transferência e contratransferência
6. Sendo realista
 - Tempo e timing
 - A construção de uma equipe e o trabalho em equipe
 - Administração sensata de recursos

Fonte: Stewart et al, 2010, p.25.

A grande aposta, hoje vastamente trabalhada na literatura médica, portanto, é que essa perspectiva de se fazer medicina possa melhorar a atenção médica individual e coletiva trazendo a pessoa a ser cuidada para uma relação médico-paciente para um formato horizontal pessoa-pessoa. Deste modo, os aspectos emocionais, sociais, culturais e expectativas devem ser priorizados e ela, pessoa, torne-se protagonista com papel ativo no cuidado de sua própria saúde.

A crítica à racionalidade biomédica e seus impactos na saúde dos estudantes e futuros profissionais

Outra crítica importante que foi pontuada para a construção do Laboratório diz respeito ao adoecimento dos estudantes e dos profissionais em decorrência do modelo hegemônico de formação. Várias pesquisas demonstram como o este fenômeno contribui no adoecimento dos médicos e dos estudantes de medicina.

Para Duarte Júnior (2002) concepção do corpo como máquina adentrou a formação do médico, não só formatando a visão do corpo-máquina de seu paciente, mas o seu também.

Rudnicki e Carlotto (2007) defende que o contato do estudante com a prática profissional pode ser estressora e geradora de ansiedade e estresse, levando a adoecimentos como a Síndrome de Burnout.

Quitana et al (2008) em pesquisa etnográfica sobre as situações geradoras de

angústia em estudantes de medicina, apontou o papel ansiogênico relacionados com a estruturação curricular cindida entre ciclo básico e profissionalizante; a falta de preparo dos estudantes para lidar com a dor e sofrimento; utilizar outro humano para o processo de ensino aprendizagem e dificuldades de relacionamentos entre estudantes e professores.

Ramos-Cerqueira e Lima (2002) ao analisarem o processo de construção da identidade médica, apontam vários elementos desta formação que contribuem para os altos índices de adoecimento dos estudantes e futuros médicos. As autoras apontam fatores comumente presentes na psicodinâmica do estudante de medicina desde os primeiros anos de curso até sua vida profissional que são geradores de conflitos. A exemplo disto: ambiente competitivo; insegurança pelas responsabilidades que terão que assumir das atividades cotidianas por estarem distantes da família; frustrações com a didática e com as disciplinas do ciclo básico; a falta de preparo de entrar em contato com a subjetividade da pessoa doente por não fazer parte de sua formação. Os estudantes de medicina ainda devem enfrentar proibições que são comuns e contenções emocionais sem, no entanto, terem apoio psicoemocional para tal. Chamam a atenção para as dificuldades que serão enfrentadas pelo estudante:

“(...) suas inibições e cautelas quanto ao sexo, próprias dos valores éticos da classe média, deverão ceder lugar à frieza e serenidade para estudar estruturas anatômicas e fisiológicas e examinar excrementos sem repugnância; deve dissecar cadáveres, superando o respeito aos mortos que lhe foi ensinado; deve inspecionar e questionar sobre o mais íntimo de homens e mulheres; deve assistir à morte de pacientes, dominando seus sentimentos, e prosseguir seu trabalho sem se deixar abater pelas emoções. Enfim, aprende que o trabalho diário do médico constitui uma transgressão às proibições comuns e um controle absoluto sobre suas emoções. Não há espaço para dividir ou expressar suas emoções, tendo até que escondê-las, por receio de ser “acusado” de ser muito frágil, sensível, “mole” e, portanto, “não servir para ser médico.” (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p.110).

Diante dos conflitos, uns enfrentam assumindo sua fragilidade, procurando ajuda, encontrando caminhos de sublimação e desenvolvimento pessoal e profissional. Já outros desenvolvem mecanismos psicológicos defensivos que os levam a uma prática distanciada e tecnicista.

Embora saúde mental e identidade sejam questões distintas, no campo profissional estas podem se imbricar. O enfrentamento de conflitos que surgem para o aluno ao longo de sua formação deixa marcas em sua identidade profissional e, não raro, produzem sintomas e adoecimento. (RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p. 113).

Neste sentido, Fiedler (2008) ao pesquisar a qualidade de vida dos estudantes, percebeu que os índices de baixa qualidade de vida ao modelo hegemônico e aponta para a necessidade de inovação pedagógica capaz de ensinar novas competências relativas ao cuidado de si e nas relações sociais.

Assim, percebe-se o impacto de uma formação meramente tecnicista e cognitiva, que não abarca as questões sensíveis tanto da compreensão do processo saúde/doecimento e seus desdobramentos assim como não dão conta da relação do profissional com os seus pacientes e até do profissional consigo mesmo.

O saber é sentir, sentir é saber: uma educação sensível que reconcilie o pensamento com a vida

Como vimos, esta formação que é resultante da racionalidade ocidental separou os sentimentos, afetos, intuição e paixões da produção e apreensão do conhecimento e como resultado, nos distanciou de ver a realidade em sua complexidade e integralidade.

Corroboramos com o pensamento de Krishnamurti (1994) quando este demonstrou que a educação ocidental no momento em que super valorizou o racional e negou os sentimentos, constituiu uma educação desprovida de significado da vida:

“A educação não significa, apenas, adquirir conhecimentos, coligir e correlacionar fatos; é compreender o significado da vida como um todo. (...) A função da educação é criar entes integrados e, por conseguinte, inteligentes. (...) Inteligência é a capacidade de perceber o essencial, o que é; despertar essa capacidade em si mesmo e nos outros. (...) A vida é dor, alegria, beleza fealdade, amor e quando a compreendemos globalmente, em toda a sua variedade, essa compreensão cria a sua própria técnica. Mas o inverso não é exato: a técnica nunca produzirá a compreensão criadora.” (KRISHNAMURTI, 1994; p. 12,13 e 16).

Porém, a visão integral da vida sempre existiu nas classes ou culturas que tiveram uma influência menor da racionalidade instrumental, tal como se encontra a forma de ver e experienciar a realidade no senso comum (MAFESOLI, 1998). Ao observar a prática do(a)s educador(a)s populares, das lideranças comunitárias, religiosas (mães de santo, rezadeiras, raizeiros, parteiras e tantos outros) podemos perceber que ao utilizarem o saber popular, enchem seu cotidiano com práticas ricas em sabedoria com uma visão integral dos processos vividos. Com esta reflexão não pretendemos desconsiderar o conhecimento científico, porém, dialogar com as contribuições dos demais saberes. Isto porque acreditamos que dentre tantas

coisas, o saber vivido nos traga a emergência da necessidade de acordarmos os sentidos, (re)aprendermos a escutar a voz do coração na construção das competências e habilidades para o exercício da prática profissional. Haja visto que se esta prática está imbuída de sensibilidade, afetos e paixões podemos encontrar o caminho para percebermos a realidade e a complexidade da vivência humana e, conseqüentemente, dos processos de saúde/adoecimento mais próximos de como são, e não como acreditamos que deveriam ser.

Deste modo, é no autoconhecimento e aceitação dos sentimentos e das paixões que encontramos esta visão integral da vida. E ao nos compreendermos e deixarmos nossos sentimentos serem, extinguimos o medo de lidar com que sentimos e retiramos nossas zonas de segurança que nos impelem à vida.

166

Para Duarte Júnior (2000) há uma distinção entre o conhecer no campo cognitivo do especialista e o saber do sábio. O termo saber deriva da palavra saborear e correspondendo a uma visão mais integralizadora do processo de apropriação da realidade: “saber implica em saborear elementos do mundo e incorporá-los a nós (ou seja, trazê-los ao corpo, para que dele passem a fazer parte) (p.133).” Neste sentido, o autor assinala que é pelo corpo que acessamos a sensibilidade e desenvolvemos um processo educativo onde o conhecer é amplificado pelo saber:

Tudo aquilo que é imediatamente acessível a nós através dos órgãos dos sentidos, tudo aquilo captado de maneira sensível pelo corpo, já carrega em si uma organização, um significado, um sentido. (...) Sem dúvida, há um saber sensível, inelutável, primitivo, fundador de todos os demais conhecimentos, por mais abstratos que estes sejam; um saber direto, corporal, anterior às representações simbólicas que permitem os nossos processos de raciocínio e reflexão. E será para essa sabedoria primordial que deveremos voltar a atenção se quisermos refletir acerca das bases sobre as quais repousam todo e qualquer processo educacional. (DUARTE JÚNIOR, 2000, p. 14).

Pereira e Bonfim (2006) em sua pesquisa sobre a importância da corporeidade na formação de pedagogos demonstram as dificuldades da academia em incorporar o corpo e a sensibilidade ao processo educativo. No entanto, seus achados apontam que as propostas que dão conta desta visão integralizadora que são mais significativas para os futuros professores.

Nosso desafio a partir destas críticas foi encontrar caminhos para então, introduzir a sensibilidade ao processo educativo. Neste sentido, a nossa primeira inspiração foi a pedagogia de Paulo Freire, a educação popular.

Este método foi desenvolvido a partir das experiências de Paulo Freire na região nordeste do país, na década de 50 e início dos anos 60, com educação e alfabetização de adultos, através dos Círculos de Cultura, levando ao

desenvolvimento do "Método Paulo Freire" (OLIVEIRA, 2001). Trouxe a inovação de buscar nos conhecimentos e realidades dos alunos um processo de alfabetização de adultos que tornou o processo de alfabetização um processo de tomada de consciência da situação de opressão. Desta experiência Paulo Freire sistematizou no exílio a educação popular, no seu livro "A pedagogia do oprimido". Realizou uma crítica à educação hegemônica do país, chamando-a de educação bancária ou educação opressora por não valorizar o potencial e os saberes já presentes no educando. Freire afirma que este modelo educativo se traduz num processo de depositar conhecimentos e estar diretamente ligada aos projetos de dominação social das elites. Inspirado na sua vivência de Alfabetização de camponeses no Nordeste Brasileiro propôs uma nova pedagogia a que chamou de educação popular. Seu objetivo é um processo educativo que busca refletir criticamente a realidade para um agir transformador. Para tanto, parte da reflexão crítica do mundo vivido, do seu processo histórico, de suas contradições sociais e da relação entre poder e saber. Para tanto, tem como base, no lugar de transmissão do conhecimento, o diálogo de saberes e a troca de experiências. A educação tem como ponto de partida a realidade, visando um retorno transformador a partir da ação-reflexão-ação (FREIRE, 1995). Nesta concepção, os sujeitos envolvidos no processo são percebidos como construtores e transformadores de suas realidades e os professores/educadores como facilitadores do processo de construção do conhecimento. Uma frase corrente de Freire traduz bem esta ideia, "ninguém sabe tudo, ninguém ignora tudo".

Na década de 70, a partir das experiências de profissionais de saúde em atenção básica a educação popular foi sendo incorporada as ações educativas em saúde, sendo posteriormente chamada de educação popular em saúde. O que levou que o processo educativo em saúde ligasse "as condições materiais de vida ao processo saúde-doença e à necessidade da mobilização social para reivindicar seus direitos sociais e políticos." (Oliveira, 2002, p 98).

Nos anos 80 o movimento feminista introduziu à educação popular, as metodologias das oficinas. O termo se inspira nas oficinas dos artesões onde: "a arte do aprender fazendo e sentindo, ainda estava dissociado de uma reprodução da tecnologia racionalizadora e mais próximo da arte criadora" (Oliveira, 2002, pág, 103).

Nós que vivemos este processo de contribuir na disseminação da educação popular em saúde, podemos perceber que a partir do final dos anos 90 a utilização deste método extrapolou as ações com a comunidade, se tornando uma potente estratégia educativa também na educação permanente de muitos profissionais de saúde.

Também encontramos na sociopoética do filósofo e pedagogo francês Jacques Gauthier um caminho de produzir e construir o conhecimento a partir de

uma epistemologia do saber popular que é capaz de transitar tanto nos espaços científicos, na escola e espaços informais como os movimentos sociais. Para Gauthier (1997) os saberes-vida integram à forma de conhecer uma visão global dos processos vividos. Deste modo, a sociopoética trouxe para o processo de produzir conhecimento tanto da pesquisa como do ensino, o diálogo com: a cultura, emoção, sensibilidade, sensualidade, sexualidade, desenvolvimento artístico e espiritualidade. Considera os não-especialistas como principais sujeitos desta produção, sendo o pesquisador um facilitador do processo.

Gauthier inspirou-se em vivências de seu doutorado na Nova Caledônia com o povo Kanaky e suas experiências no Brasil. Com as escolas comunitárias ligadas ao movimento de independência do povo Kanaky foi influenciado pela proposta ecodesenvolvimentista sustentável que representava uma pedagogia ativa de integração de saberes tradicionais e ancestrais. No Brasil, se inspirou na cultura afro e indígena, dialogando com a Pedagogia Freireana e o Teatro do Oprimido. Soma-se a estas influências a Esquiso-Análise e Escuta Mitopoética (GUATHIER, 2012; PETIT et al 2005; PETIT, 2002).

A sociopoética questionou a posição dos sujeitos da pesquisa, reconfigurando os papéis e lugar de quem pesquisa e de quem é pesquisado. Tem como ponto de partida a formação de um grupo pesquisador, formado pelas pessoas a serem pesquisadas. Este grupo terá como missão se coresponsabilizar pelos rumos da pesquisa, num processo negociado com o pesquisador. Este último, cria um novo lugar na pesquisa, passando a ser o facilitador do processo que assume o papel de guardião do tempo e quem garante igualdade entre os participantes. É também quem propõe atividades para produção de dados e quem analisa a produção grupal. Esta produção é apresentada para que o grupo-pesquisador para que este realize uma contra análise. (GAUTHIER, 2012; SALGADO, PROGIANTI E SANTOS, 2010)

Como o interesse da sociopoética é fugir desta homogeneidade produzindo singularidades e a expressão da subjetividade, utilizam-se técnicas e experiências estéticas mobilizadoras do corpo, de diferentes sentidos, emoções, sexualidade e da espiritualidade. Tavares (2016) defende que a experimentação estética enquanto movimento de improvisação que favorece movimentar várias dimensões da inteligência e das formas de conhecer, proporcionando um conhecimento integralizador do ser e novas formas de co-existência:

Por meio da experimentação estética movimentam-se as capacidades emocionais, afetivas, imaginativas e intuitivas, favorecendo a invenção de modos de convívio e encontro dos corpos, promovendo criação. Assim, é possível sair do mesmo lugar de sempre, mudar a posição e ver o mundo em outra perspectiva, inventando novos modos de coexistência que podem ser propiciados através das técnicas e métodos utilizados. (TAVARES, 2016; p. 28).

A inspiração da educação popular de Paulo Freire faz com que a pesquisa se estabeleça numa relação educativa circulante do ensinar e aprender. Assim, todos os sujeitos envolvidos no pesquisar (facilitadores e grupo pesquisador) são implicados e afetados. Como todos saem deste processo com novos conhecimentos, é uma pesquisa que é também uma formação, o que leva Gauthier chamar de “Pescurso”

Oliveira (2000) inspirada na educação popular, nos métodos de oficina introduzidos pelo feminismo, na sociopoética e na sua prática de educadora popular em saúde, chama a atenção para a potencialidade das oficinas como caminho metodológico para construir coletivamente o conhecimento, incorporando a criatividade e a sensibilidade ao processo educativo. Deste modo, encontrou nas oficinas e no uso de trabalhos corporais e artísticos uma metodologia que vai despertando lentamente os sentidos, articulando o sentir com o cotidiano e com as reflexões teóricas, construindo criativamente um saber que extrapola o cognitivo e se aproxima de um “saber-vida”.

O LABSHEX como caminho de vivência da corporeidade e da sensibilidade na formação médica

Alguns professores e a psicóloga do SEAP chegaram ao curso com uma experiência acumulada na educação popular e na sociopoética, o que nos fez perceber sua potência para trazer a crítica, a criatividade e o prazer ao processo educativo como estratégia de incorporar a sensibilidade ao ensino da medicina.

Neste sentido, o Curso de Medicina do Centro Acadêmico do Agreste lançou a proposta do Laboratório de Sensibilidades, Expressão e Habilidades tendo tem como premissas a visão holística do ser humano e do processo de ensino aprendizagem. O LABSHEX pretendeu desde seus primórdios ser agenciador de um processo de construção das competências para a prática profissional saudável e humanizada utilizando as metodologias ativas de ensino aprendizagem e vivências de simulações das situações reais em espaço protegido, com acompanhamento de professores e certo controle situacional. Embora houvesse aulas com exposição dialogada, na sua maior parte utilizava o formato das oficinas.

Como o Laboratório se constituiu como um dos espaços pedagógicos do curso, seu planejamento era realizado a partir das semanas temáticas as quais apontavam sensibilidades e habilidades a serem desenvolvidas. Como recursos metodológicos utilizamos práticas de meditação, vivências corporais, jogos teatrais e outras linguagens artísticas (como por exemplo exposição de vídeos, pintura e colagem).

A discussão da proposta do Laboratório no planejamento de abertura do

Curso foi se constituindo em uma das importantes estratégias para a implementação do seu Projeto Político Pedagógico. Deste modo, já na primeira turma a semana de acolhimento dos estudantes foram realizadas vivências que facilitassem a construção de uma intersubjetividade grupal, de relação de confiança e vínculos entre os estudantes entre si, mas também destes com a proposta metodológica do curso, do centro acadêmico, da cidade e da Regional de Saúde que Caruaru se situa. Também foram oficinas de linguagens artísticas e práticas integrativas visando despertar caminhos de cuidado de si e outras racionalidades na saúde.

Nas semanas seguintes, ao lado das necessidades de habilidades/sensibilidades que os módulos temáticos apontavam foram realizadas vivências de práticas corporais e de meditação visando aumentar/despertar a sensopercepção e a autoconsciência corporal. Em seguida, fomos incorporando elementos da arte educação, em especial os jogos teatrais visando trazer algumas sensações adormecidas pelas defesas psíquicas que cada um foi construindo no estar no mundo ou construída pela sociedade/cultura como, por exemplo, o olhar, o abraçar, o se tocar e relacionar à prática médica.

A partir de jogos teatrais inspirados no teatro do oprimido de Augusto Boal, trouxemos situações críticas da prática médica como posturas de assepsia emocional de profissionais, resistência ao tratamento e realização de consultas. Estas vivências suscitaram reflexões profundas e em algumas vezes os estudantes compartilharam emoções, angústias e sofrimentos decorrentes situações da prática profissional que já vivenciavam nos serviços de saúde que estavam inseridos ou até mesmo que habitavam seus imaginários. Ao falarem sobre estes temas, mesmo não sendo um espaço terapêutico, os estudantes tiveram a oportunidade de dar nome, lugar psíquico e novos significados a estes turbilhões de emoções e sentimentos. Assim, muitos tiveram a oportunidade de distanciarem-se do que Ramos-Cerqueira e Lima (2002) apontaram como um caminho adoecedor a partir mecanismos de defesa e relações desumanizadas com os pacientes.

Este não foi um caminho fácil tão pouco desprovido de conflitos de várias ordens. O primeiro desafio que enfrentamos foi o saber fazer dos professores que na sua maior parte não teve durante sua formação acadêmica momentos de formação pedagógica, principalmente, em metodologias participativas e que incorporassem a corporeidade e o uso de linguagens artísticas, lúdicas e culturais. Assim, constituímos um processo de matriciamento pela psicóloga do SEAP (Serviço de Estudos e Apoio Pedagógico) do Curso. O que foi paulatinamente sendo substituído pela incorporação de novos professores.

Outro desafio encontrado se deu no campo das disputas de projetos de visão de sociedade e de ser humano. Tivemos que lidar com a resistência de muitos estudantes. Esta resistência se dava porque ficavam receosos que este espaço ofuscaria o saber técnico e instrumental para a futura vida profissional. Isto se deu,

principalmente, pelo ineditismo da proposta uma vez que naquele momento não havia muitos outros referenciais de um laboratório neste formato, integrado ao Projeto Pedagógico do Curso e de forma longitudinal. Também era potencializada pela estruturação dos encontros pedagógicos que na primeira parte trabalhava as metodologias lúdicas, artísticas e da corporeidade e no segundo momento, das habilidades clínicas. Considerando que em geral os estudantes de medicina se prepararam muito para ingressar na faculdade, dada a concorrência, onde muitos levaram anos tentando entrar, pode-se compreender que também havia uma angústia e uma perseguição a um saber instrumental e imediatista. Queriam aprender apenas as questões práticas que utilizariam na clínica e havia uma desvalorização do saber sensível. No entanto, a equipe tinha consciência de que estávamos lidando com uma proposta se colocava na contramão de um modelo hegemônico e secular. Como vimos, a ciência e academia biomédica nasceram de uma racionalidade que alijou o sensível e o desvalorizou.

O embasamento teórico que havíamos acumulado, as críticas ao modelo hegemônico e sua confirmação na experiência clínica de muitos professores, nos fortaleceu para enfrentar as resistências. Além disto, o Curso ao contar com potentes espaços pedagógicos⁵ podíamos perceber a dimensão de como a vivência do Laboratório, ao estimular que os estudantes despertem sensibilidades corporais ou emocionais, vinha contribuindo para que muitos estudantes tivessem um encontro consigo e que pudessem construir sua intersubjetividade profissional de forma mais saudável e humanizada. E como bem pontua Pacheco (2019) esse foi exatamente o intuito inicial da criação do mesmo, um tempo-lugar de reflexões, insights e ampliação do olhar quanto à identidade e a prática médica, demonstrado com mais aprofundamento em outros trabalhos posteriores. Já se tinha, também, a expectativa que os futuros e futuras médicas se fortalecessem subjetivamente para ser e estar na interação com o outro e com o mundo, refletindo crítica e criativamente as situações e conhecimentos produzidos no curso, nos serviços ou de forma simulada em ambiente seguro, possíveis situações que enfrentará na sua vida profissional.

No entanto, as resistências foram escutadas e negociadas, levando a novos formatos do laboratório. Nosso objetivo foi o de historiar o ponto de partida do LABSensi, refletindo as críticas e referenciais teóricos e metodológicos que o fundaram.

⁵ A respeito disto vale ressaltar a tutoria, o portfólio e a educação permanente dos professores. Esta última acontece sistematicamente todas as semanas após o fechamento das tutorias e é um rico espaço de troca das experiências de docência dos professores, nos permitindo o acompanhamento longitudinal do processo pedagógico do curso e dos estudantes.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/ CES nº4**, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.
- BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/ CES nº116**, de 3 de abril de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 6 de jun, de 2014; Seção 1, p.17.
- CAPRA, F. **O tao da física**: um paralelo entre a física moderna e o misticismo Oriental. São Paulo: Cultrix, 1983. 260 p.
- COSTA, Thais Almeida. A noção de competência enquanto princípio de organização curricular. **Rev Bras de Educação**. Maio /Jun /Jul /Ago 2005 No 29. P 53-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n29/n29a05>. Acesso em: nov. 2014.
- DELUIZ, N. O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. **Bol Técnico Senac**. [periódico na internet] 2001; 27(3). Disponível em: <http://www.senac.br/BTS/273/boltec273b.htm>. Acesso em: nov. 2014
- DUARTE JÚNIOR, João Francisco. **O Sentido dos Sentidos**: a Educação (do) Sensível. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 2000. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000211363&fd=y>. Acesso em: ago. 2014.
- FIEDLER, Patrícia Tempski. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva. São Paulo, 2008.
- FRASER, Sarah W; GREENHALGH Trisha Coping with complexity: educating for capability. **Education and debate**. BMJ VOLUME 323 6 OCTOBER 2001. p. 799-803.
- FREIRE, P. **Política e educação**. 2ª.ed. São Paulo: Cortez, 1995.
- GAUTHIER, Jacques Henri Maurice. Carta aos caçadores de saberes populares. In: COSTA, M. V. (Org.). **Educação popular hoje**. São Paulo: Loyola, 1997. p. 181-209.
- GAUTHIER, Jacques Henri Maurice. **O oco do vento**: metodologia da pesquisa sociopoética e estudo transculturais. Curitiba: Editora CRV, 2012.
- LIMA, Valéria Vernaschi. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 9, núm. 17, março-agosto, 2005, pp. 369-379. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/icse/v9n17/v9n17a12.pdf>. Acesso em: set. 2014.
- KRISHNAMURTI, J. **A educação e o significado da vida**. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 1994.

MAFFESOLI, Michel. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis, Editora vozes, 1998. 196p.

OLIVEIRA, Maria Verônica Araújo de Santa Cruz. A educação em saúde para além das palavras, um encontro com o sentir. In: RODRIGUES, L. D.; VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Novas configurações em movimentos sociais, vozes do Nordeste**. João Pessoa: Ed. Universitária, 2000. p. 95-115.

OLIVEIRA, Maria Verônica Araújo de Santa Cruz. **A educação popular em saúde e a prática dos agentes de controle das endemias de Camaragibe: uma ciranda que acaba de começar** [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2002.

OLIVEIRA, N. L. S. **Analisando uma abordagem educativa em saúde: o caso da oficina do CAISM**. 2001. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

173

PACHECO, Rafaela Alves. Sentir é Saber: **A produção de (re)existências do saber sensível no contexto de uma escola médica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva-PPGSC, Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Recife, 2019.

PEREIRA, Lucia Helena Pena; BONFIM, Patrícia Vieira. A Corporeidade e o Sensível na Formação e Atuação Docente do Pedagogo. **Contexto e Educação**. Ano 21, nº 75 Jan./Jun. 2006. p. 45-68.

PETIT, Sandra Haydée, Sociopoética: potencializando a dimensão *poiética* da pesquisa. In: MATOS, Kelma Socorro Lopes de; VASCONCELOS, José Geraldo (org) **Registro de pesquisa na educação**. 1ed Fortaleza LCR UFC. 2002.

PETIT, Sandra Haydée et Al. Introduzindo a sociopoética. In Santos et al (orgs) **Prática da pesquisa social nas ciências humanas e sociais: abordagem sociopoética**. São Paulo: Atheneu, 2005.

PORTO, Celmo Celeno; PORTO, Arnaldo Lemos (org). **Exame Clínico**. 7.ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2013. 552p. 376p.

QUITANA, Alberto Manoel et al. A angústia na formação do estudante de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 32 (1): 7 – 14; 2008.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A.; LIMA, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface- Comunic, Saúde, Educ**, v6, n11, p.107-16, ago 2002.

RUDNICKI, Tânia; CARLOTTO, Mary Sandra. Formação de estudante da área da saúde: reflexões sobre a prática de estágio. **Rev. SBPH** v.10 n.1, Rio de Janeiro, jun. 2007.

SALGADO, Ana Paula Alves; PROGIANTI, Jane Márcia; SANTOS, Iraci dos. Dimensão mítico-simbólica de mulheres sobre o parto: estudo sociopoético. **Rev Enferm UFPE On Line**. 2010 jan/mar;4(1):300-10.

SANTOS, Wilton Silva dos. Organização curricular baseada em competência na educação médica. **Rev Bras de Edu Médica**. 87 35 (1): 86 – 92; 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v35n1/a12v35n1.pdf>. Acesso em: nov. 2014.

STEWART, Moira. Towards a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. **BMJ** VOLUME 322 24 FEBRUARY 2001.

STEWART, Moira et al. **Medicina Centrada na Pessoa**: transformando o método clínico. 2a. ed. Porto Alegre. Artmed, 2010. 376p.

TAVARES, Claudia Mara de Melo. Como desenvolver experimentações estéticas para produção de dados na pesquisa sociopoética e abordagens afins? **Revista Pró-UniverSUS**. 2016 Jul./Dez.; 07 (3): 26-31.

UFPE-Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico do Agreste, Núcleo de Ciências da Vida, Curso de Medicina. **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina**. Caruaru, 2014. Mimeo.