



Interface - Comunicação, Saúde,  
Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de  
Mesquita Filho  
Brasil

Pereira Stelet, Bruno; Ferreira Romano, Valéria; Borges Carrijo, Ana Paula; Esteves  
Teixeira Junior, Jorge

Portfólio Reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico  
Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 21, núm. 60, enero-marzo, 2017, pp. 165  
-176

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho  
Botucatu, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180148881015>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

# Portfólio Reflexivo:

## subsídios filosóficos para uma *práxis* narrativa no ensino médico

artigos

Bruno Pereira Stelet<sup>(a)</sup>  
 Valéria Ferreira Romano<sup>(b)</sup>  
 Ana Paula Borges Carrijo<sup>(c)</sup>  
 Jorge Esteves Teixeira Junior<sup>(d)</sup>

Stelet BP, Romano VF, Carrijo APB, Teixeira Junior JE. Reflective Portfolio: philosophical contributions to a narrative *praxis* in medical education. Interface (Botucatu). 2017; 21(60):165-76.

The Reflective Portfolio has been used as an evaluation tool to stimulate critical and reflective thinking and create conditions for the exercise of an ethical sense in medical education. This essay aims to analyze the Reflective Portfolio as a pedagogical device for the exercise of narrative in medicine. By producing a theoretical analysis about the portfolio, we have built an epistemological dialogue between Public Health, Education and Philosophy, in order to provide elements to think about the exercise of fundamental relational technologies for health care. Hannah Arendt's Philosophy potentiates this study, addressing the narrative action in a political perspective. Teacher and student (reader and narrator) establish a dialogue through portfolios, unveiling developments to bring new pedagogical meanings to the Reflective Portfolio.

**Keywords:** Medical Education. Evaluation. Reflective portfolio. Narrative medicine.

O Portfólio Reflexivo tem sido aplicado como ferramenta de avaliação para estimular o pensamento crítico-reflexivo e gerar condições para o exercício de um senso ético na formação médica. O objetivo deste ensaio é analisar o Portfólio Reflexivo como dispositivo pedagógico para o exercício da narratividade na medicina. Ao produzir uma análise teórica acerca do portfólio, construímos um diálogo epistemológico entre Saúde Coletiva, Educação e Filosofia, no sentido de oferecer elementos para se pensar o exercício de tecnologias relacionais fundamentais para o cuidado em saúde. A Filosofia de Hannah Arendt potencializa este estudo, na medida em que aborda a ação narrativa numa perspectiva política. Professor e aluno (leitor e narrador) passam a estabelecer um diálogo por meio dos portfólios, permitindo desvendar desdobramentos para estampar novos significados pedagógicos ao Portfólio Reflexivo.

**Palavras-chave:** Educação Médica. Avaliação. Portfólio reflexivo. Narração.

<sup>(a,b,c)</sup> Faculdade de Medicina, Laboratório de Estudos em Atuação Primária em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Av. Carlos Chagas Filho, 373, Edifício do Centro de Ciências da Saúde, Bloco K, 2º andar, sala 49, Cidade Universitária - Ilha do Fundão. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-902. stelet@ufrj.br; valromano@medicina.ufrj.br; anapaulacarrijo@ufrj.br

<sup>(d)</sup> Faculdade de Medicina, UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. jorge.estevest@ufrj.br

## Introdução

O portfólio vem sendo apontado como uma das mais importantes contribuições para uma avaliação eficaz do ensino nos países anglo-saxões<sup>1</sup>, difundindo-se em âmbito universitário desde os anos 1990, onde tem sido utilizado para qualificar avaliações tanto formativas como somativas. No Brasil, com o avanço nas discussões sobre Educação Médica e a construção de currículos com base em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a avaliação formativa e os portfólios vêm ganhando espaço e contribuindo para o acompanhamento do progresso individual de estudantes, ainda que de maneira pouco institucionalizada<sup>2</sup>.

Apesar do estímulo à formação **crítica e reflexiva** reafirmada nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN)<sup>3</sup>, Schraiber<sup>4</sup> ressalta, ao menos, três aspectos indicativos de uma “crise da medicina”:

- . a ruptura das interações em diversos planos – entre o médico e o paciente, entre o médico e outros profissionais e entre o médico e seu saber – sendo este último responsável pela perda da reflexividade, ou seja, anulação da habilidade e disposição ética de refletir sobre sua própria ação na aplicação do saber científico-tecnológico diante de cada caso/contexto;

- . a crise dos vínculos de confiança entre médicos, pacientes e outros profissionais – e, ainda, a perda da confiança em si mesmo como médico –, gerando uma inabilidade em refletir criticamente (julgar e tomar decisões clínicas) sobre situações pouco previstas ou não protocoladas, as quais, até então, baseavam-se, em grande parte, no caráter pragmático de sua intervenção;

- . com a perda da dimensão pragmática de sua prática, na busca da redução das incertezas e em prol de certa segurança que as ciências dão quanto aos conhecimentos produzidos, ocorre a reificação dos meios tecnológicos pertencentes à prática técnica, em que, de meios, os recursos tecnológicos transformaram-se em fins em si mesmos.

Certamente, a cultura médica reflete a cultura de seu tempo, manifesta em valores, crenças e comportamentos que compõem um poderoso molde de construção de subjetividade da qual os estudantes saem médicos<sup>5</sup>. O desenvolvimento científico e biotecnológico apresenta-se à sociedade contemporânea, exigindo uma contrapartida ética que, no campo da saúde, pressupõe refletir amplamente sobre o direito à saúde – nos âmbitos da assistência, do ensino e da formulação de políticas. Para Schraiber<sup>4</sup>, o tecnicismo se materializa na valorização excessiva dos recursos tecnológicos em detrimento de outras dimensões que constituem os encontros entre os sujeitos.

Pessoti<sup>6</sup> afirma que o aluno desenvolve valores a partir de suas experiências; portanto, o principal papel da escola médica seria propiciar tais experiências por meio de textos, teorias e atividades práticas que apreendessem o sofrimento concreto da vida dos pacientes.

Estágios, internato e programas de residência constituem *loci* privilegiados da interseção ensino-trabalho. É neste ambiente estimulante do ponto de vista da formação que se deve privilegiar o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores – presumindo que tais atitudes sejam condizentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com valores desejáveis para a atuação no campo da saúde, tais como: solidariedade, empatia, imaginação, criatividade e reflexão crítica<sup>7</sup>.

Ao optar por uma análise sociofilosófica acerca do Portfólio Reflexivo, foi necessário construir nexos teóricos entre os campos da Saúde Coletiva, da Filosofia e do Ensino em Saúde. Propomos estabelecer um diálogo epistemológico<sup>8</sup> de natureza interdisciplinar, no sentido de oferecer elementos coerentes para a inclusão de aportes filosóficos ao (re)pensar o exercício das tecnologias leves (habilidades comunicacionais/relacionais, empatia, afetividade, valores, construção de vínculos...) tão fundamentais na medicina. A Filosofia Política de Hannah Arendt potencializa este estudo, na medida em que a autora aborda a ação narrativa numa dimensão política.

## Metodologias avaliativas no ensino médico

Para estar em concordância com a formação médica voltada para o cuidado integral, o sistema de avaliação deve valorizar o aperfeiçoamento contínuo de habilidades e atitudes na mesma proporção que a aquisição de conhecimentos. Para seguir as orientações das DCN, é preciso assumir que as competências envolvidas na prática da medicina constituem habilidades complexas<sup>9</sup>.

Entretanto, um documento publicado pela ABEM<sup>10</sup> – resultado de dois fóruns nos anos de 2007 e 2008, envolvendo dezenas de docentes, discentes e profissionais da gestão de cursos de medicina de diferentes instituições do país – afirma que

o cenário atual da educação médica brasileira, ainda que heterogêneo, permite caracterizar o predomínio de uma cultura avaliativa relativamente pobre, que privilegia os aspectos somáticos, e pouco considera o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes e as instituições. Em especial, raramente são abordadas as características pessoais dos estudantes, bem como seu progresso no domínio de habilidades, competências e atitudes favoráveis à prática da profissão.<sup>10</sup> (p. 30)

Esse mesmo documento orienta que a avaliação do estudante seja abrangente e incida sobre toda a variedade de atributos que compõem sua formação pessoal e profissional. Devem ser priorizadas, na avaliação, as dimensões que compõem as competências, ou seja, habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, bem como aspectos da clínica, do gerenciamento e da tomada de decisão. Para tanto, uma avaliação autêntica deve pressupor a produção de um impacto educacional, não bastando que o método tenha bons índices de validade, confiabilidade e reproduzibilidade, mas produza reflexão sobre a prática e permita que educador e educando deem visibilidade às fragilidades e potencialidades traçando um caminho pedagógico a ser percorrido na relação de ensino-aprendizagem.

Deve-se, portanto, apostar em metodologias de avaliação que sejam formativas e somativas<sup>11</sup>. A principal maneira de concretizar a avaliação formativa é garantindo um *feedback* (ou devolutiva) efetivo sobre a prática e permitir que o educando revisite o cenário de dificuldades encontradas na direção de aperfeiçoar sua performance.

Já a avaliação somativa ocorre tipicamente no final do curso, sendo utilizada para verificar se os objetivos foram atingidos para fins de certificação. O papel da avaliação somativa é medir, enquanto a avaliação formativa está comprometida com o aprendizado significativo. Destaca-se que um mesmo método de avaliação pode ser usado como formativo ou somativo, dependendo do enfoque a ser priorizado.

Tradicionalmente, os sistemas de avaliação educacionais acompanham modelos pedagógicos conteudistas, focando na aquisição de conhecimentos compartmentalizados em disciplinas e descontextualizados das práticas. Em muitas escolas médicas, testes de conhecimento formam o pilar da avaliação dos processos formativos. Menezes<sup>12</sup> identificou características frequentes dos processos de avaliação: não são planejados junto com o currículo; não se conhece a psicometria dos testes; são centrados no professor; limitam-se ao domínio cognitivo; utilizam um instrumento único para avaliar diferentes competências; e seus resultados não são analisados e interpretados no contexto do processo educacional.

Com o avanço das tendências colocadas em patamar de visibilidade, é reafirmada a necessidade de mudanças metodológicas e conceituais nos sistemas de avaliação<sup>12,13</sup>. Considerar experiências anteriores de saberes dos educandos e deslocar o processo de ensino-aprendizagem da mera memorização propiciam o desenvolvimento de valores e atitudes.

Os benefícios do avanço técnico-científico garantiram legitimidade à Biomedicina<sup>14</sup>, mas, sobretudo, a partir de meados do século XX, mudanças na sociedade e nos conhecimentos na área da saúde geraram novas demandas para as quais não havia respostas. Percebeu-se que tais rupturas criaram lacunas no saber médico e insuficiências em lidar com os aspectos subjetivos referentes à saúde, ao adoecimento e ao cuidado<sup>4,15</sup>.

A inclusão de disciplinas chamadas “Humanidades Médicas” – área que aglutina saberes da filosofia, ética, psicologia, antropologia, artes, sociologia, história e política, no âmbito da medicina – foi ganhando espaço nas discussões de reformas curriculares no Brasil e no mundo, tendo como objetivo “formar médicos com competência ética e relacional, e superar o pouco produtivo antagonismo entre tecnicismo e humanismo”<sup>5</sup> (p. 1726). Apesar das resistências institucionais<sup>5,16</sup> das escolas médicas, um dos elementos apontados como mais desafiador é a necessidade de se desenvolver um sistema de avaliação da formação humanística na escola médica<sup>5</sup>.

Parece claro que, no contexto de mudanças em processo nas escolas<sup>5,11,13,16,17</sup>, ganha novo espaço nas pesquisas educacionais discutir metodologias avaliativas que extrapolam somente a verificação da aquisição de conteúdos. No entanto, o fato ainda não gera um consenso entre os especialistas<sup>10</sup>.

### **Portfólio Reflexivo como dispositivo pedagógico: avaliação formativa e formação avaliativa**

Maia<sup>18</sup> produz relevante revisão na bibliografia internacional, identificando o uso do portfólio reflexivo em diferentes contextos de formação em medicina: graduação, mestrado, especialização e residência médica, em diversas áreas, como Geriatria, Medicina de Família e Comunidade, Cirurgia, Endocrinologia, Radioterapia e Anestesiologia. Apesar de esta revisão não contemplar estudos no Brasil, nota-se um aumento de publicações<sup>2,18-21</sup>, como relatos de experiência ou estudos preliminares sobre a utilização de portfólios em cursos de medicina, especialmente nos que vêm desenvolvendo metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Em sua revisão sistemática, Maia<sup>18</sup> reconhece e agrupa os objetivos de usos do portfólio reflexivo em cinco categorias: a) avaliar e/ou acompanhar a aprendizagem; b) avaliar habilidades clínicas; c) avaliar e/ou documentar competências; d) possibilitar o desenvolvimento profissional continuado; e e) estimular a reflexão. Neste ensaio, nos deteremos na última categoria.

A autora constata um crescente uso do portfólio na educação médica como ferramenta que visa incentivar o aluno a refletir sobre suas experiências. Ainda assim, refere certa divergência entre os estudos em relação ao uso do portfólio para estimular a reflexão, e ressalta que tal divergência pode ser justificada pela pouca familiaridade dos médicos (educandos e educadores) com a prática reflexiva. Tal constatação reitera o que Schraiber<sup>4</sup> chama de “anulação da reflexividade” do médico, isto é, a propriedade, a competência e a disposição ética de refletir sobre sua própria atuação diante do paciente. Este parece ser um dos principais elementos da medicina contemporânea: a ruptura das interações também se dá entre o médico e seu saber, pois com a maior complexidade técnica, em razão da especialização focal e dos recursos instrumentais da intervenção, houve uma perda da dimensão pragmática de sua prática. Depositando toda confiança nos meios tecnológicos e nas evidências científicas, o médico deixa de confiar em seu saber tácito – ou a “arte de curar” – decorrente da experiência clínica pessoal e do juízo clínico.

Parece-nos fundamental restabelecer o caráter da *reflexividade* na medicina, já que “experienciar é, sobretudo, estar aberto, aceitando ativamente a criação, a invenção e a transformação”<sup>22</sup> (p. 17).

Deleuze<sup>23</sup> utiliza o conceito foucaultiano de “dispositivo” como um conjunto de elementos e meios dispostos heterogeneamente com vistas a produzir um leque específico de efeitos. Tais efeitos decorrem das relações entre os componentes do dispositivo, ao mesmo passo que a disposição, o tempo, a constituição e a ordem desses meios e elementos seria refeita no próprio processo de produção de subjetividades<sup>24</sup>. Ou seja, o conceito de “dispositivo” não lida com uma estrutura fechada, organizada, cujos elementos em jogo estão previamente dados, mas, antes, com a ordem do imprevisível e da criação: o acontecimento e a *experienciação*.

Para Deleuze<sup>23</sup> (p. 158), os dispositivos têm por componentes “linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, que se entrecruzam e se misturam, acabando por dar uma nas outras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento”.

Assumindo o termo *dispositivo* para caracterizar o portfólio reflexivo enquanto recurso pedagógico, desdobramos dois efeitos imediatos: o primeiro é que um *dispositivo* não se sustenta enquanto

universal. O que se opera em atravessamentos por dispositivos na filosofia foucaultiana são os singulares processos de produção de sujeitos. O segundo efeito é a possibilidade de desviar o olhar do "eterno" para a "apreensão do novo"<sup>24</sup>, o que, neste caso, seria compreender e traçar caminhos de criação, que "não cessam de fracassar, mas que também, na mesma medida, são retomados, modificados, até a ruptura do antigo dispositivo"<sup>23</sup> (p. 159).

Portanto, atribuir ao portfólio reflexivo um caráter de dispositivo pedagógico, por um lado, significa determinar e preservar o *status quo* (porque ainda se pretende uma ferramenta de avaliação), e, por outro, permite transformação (porque potencializa novos olhares – tanto do educador quanto do educando – sobre o próprio transcurso formativo).

O potencial dialógico do portfólio reflexivo é assinalado também por Batista et al.<sup>25</sup>, que consideram o processo de avaliar experiências formativas pressupondo práticas de avaliação que representem momentos de diálogo entre docentes e discentes. Sá-Chaves<sup>26</sup> refere-se ao portfólio como instrumento para aproximar educador e educando. Os portfólios precisam ser continuamente construídos no processo de ação-reflexão-ação e partilhados de forma a darem visibilidade a outros modos de interpretar os caminhos da aprendizagem pelo estudante, permitindo uma autoavaliação sobre as tomadas de decisões, definição de critérios para emitir juízos, além de espaço para dúvidas e conflitos.

Além do autoconhecimento, o portfólio reflexivo parece permitir que estudantes e residentes contem suas histórias e as mesclam com as histórias contadas pelos pacientes. Um dos objetivos de estimular narrativas por meio dos portfólios é conseguir mobilizar o educando para a responsabilidade sobre seu processo de aprendizagem, favorecendo a análise de singularidades e peculiaridades do desenvolvimento de cada um<sup>27</sup>.

### **A narrativa em Hannah Arendt: subsídios filosóficos para a formação médica**

Filósofa e cientista política do século XX, Arendt dedicou-se ao tema das atividades que praticamos no mundo, em especial: à *práxis* política, à ação e ao espaço público. No entanto, as perplexidades vivenciadas pela pensadora desde o Holocausto da Alemanha nazista, até o polêmico julgamento do oficial Adolf Eichmann no início da década de 1960, determinaram os rumos de seus questionamentos quanto à ação humana e as relações entre ética e política: como tais fatos se deram numa civilizada sociedade alemã com padrões morais supostamente firmes e estáveis? Como compreender que muitos "viraram-se de costas" aos fatos, tornando-se colaboradores da engenharia da "fábrica de cadáveres" nos campos de concentração? Como Eichmann, condenado de guerra, e tantos outros, serviram a tal maquinaria como dentes de engrenagem, dizendo-se inocentes e alegando, burocraticamente, "obediência a ordens superiores"?

Os atos eram monstruosos, mas o agente – ao menos aquele que estava em julgamento – era bastante comum, banal, e não demoníaco ou monstruoso. Nele não se encontrava sinal de firmes convicções ideológicas, ou de motivações especificamente más, e a única característica notória que se podia perceber tanto em seu comportamento anterior quanto durante o próprio julgamento e o sumário de culpa que o antecedeu era algo de inteiramente negativo: não era estupidez, mas *irreflexão*.<sup>28</sup> (p. 18)

A filósofa propõe uma análise acerca da faculdade de pensar e questiona se seria possível evitar o mal com a atividade do pensamento enquanto "hábito de examinar o que quer que aconteça ou chame atenção, independente de resultados e conteúdos"<sup>28</sup> (p. 20). Arendt assume a maiêutica socrática fazendo aparecer três elementos. De início, o pensamento socrático traz consigo a capacidade de provocar perplexidade e espanto, deslocando-nos do automatismo da vida cotidiana, fazendo-nos pôr em análise padrões estabelecidos e hábitos tomados como certos. Um segundo elemento é a consciência de si, ou seja, a capacidade de pensar e reviver experiências que testemunhamos. Dessa atribuição, podemos aparecer para nós mesmos e, numa espécie de reflexão-alteridade, evocamos a pluralidade à tão solitária atividade que é o pensar. O pensamento abarca outros pontos de vista

dentro de nós mesmos, fazendo dissipar qualquer indício de solipsismo. Por último, a faculdade socrática de pensar afirma a primazia do diálogo, da diversidade de pontos de vista e da pluralidade na formação de nossa doxa ou opinião, ou seja, da nossa maneira singular de ver o mundo e de produzir nossa existência<sup>29</sup>.

A imagem da *pluralidade humana* apresenta-se como condição duplamente: condição para o agir político – em que as ações precisam aparecer aos outros e serem compartilhadas com os outros – e para o pensar arendtiano – em que alargar a imaginação se transforma em *pensar do ponto de vista de outra pessoa*. Aqui se salienta uma afiada crítica às virtudes valorizadas na modernidade aguçadas pelo atual estágio do capitalismo: competitividade, liberdades pautadas nas individualidades e invasão do espaço público pela privatividade.

Na formação em medicina, a discussão sobre a ética e os valores deve remeter diretamente à maior consciência das relações sociais e da dimensão política da atuação na saúde. Ou antes, à compreensão da necessidade de valorizar a responsabilidade – tanto pessoal como coletiva – exigindo um posicionamento diante do outro no exercício de sua prática.

Certamente relacionada à ética, a valorização e a construção desse compromisso são tarefas que demandam esforços multidirecionais. Um deles concerne à própria formação: como se dá, no processo de ensino-aprendizagem, a construção de valores éticos? Que dispositivos pedagógicos são utilizados para o desenvolvimento dessas virtudes?

No Brasil, a discussão sobre educação ético-moral esteve em pauta como ação do Estado autoritário ditatorial, quando as disciplinas de "Moral e Cívica" compunham, até os anos 1990, estratégias governamentais na tentativa de reforçar comportamentos. No entanto, corroborando Rego<sup>16</sup>, entendemos que o objetivo principal de se discutir a formação moral seja favorecer o desenvolvimento das faculdades humanas de pensar, julgar e decidir.

Para Arendt, é por meio do discurso narrativo que os Homens se expressam permanentemente sobre si e sobre os outros, enredando suas histórias e manifestando-se narrativamente no mundo: "a ação e o discurso são os modos pelos quais os seres humanos aparecem uns para os outros, certamente não como objetos físicos, mas *qua homens*"<sup>30</sup> (p. 220).

Como o falar e o agir só aparecem em meio a outros homens, na pluralidade do espaço público, a narrativa, como atividade política, somente se pode materializar aí, pois "nada e ninguém existe neste mundo cujo próprio ser não pressuponha um espectador"<sup>29</sup> (p. 35). Ao afirmar que o Homem, para se assegurar como humano, necessita da companhia de outros que constituem o mundo, a filósofa evidencia a dupla condição do Homem: ser singular e plural simultaneamente.

O espaço da visibilidade é onde de fato o Homem singulariza-se. Na narratividade e na ação, o sujeito revela o *que é* – seus dons, qualidades, talentos e falhas – ao mesmo tempo exibe *quem é*, sua singularidade única em meio à pluralidade humana. "Só no completo silêncio e na total passividade pode alguém ocultar quem é"<sup>30</sup> (p. 192). Contar a vida seria, em suma, o ato essencial para dar-lhe significado.

Segundo Aguiar<sup>31</sup>, o maior inspirador de Arendt na questão da "política da narrativa" é o filósofo contemporâneo Walter Benjamin. Comunicação e oralidade são centrais também no pensamento de Benjamin, que entende a narrativa como expressão da experiência e afirma ser uma forma artesanal de comunicação não interessada em "transmitir o 'puro em-si' da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele"<sup>32</sup> (p. 205). No entanto,

Para ele [Benjamin], a narração possui uma dimensão utilitária, sempre propõe 'um ensinamento moral, uma sugestão prática', 'conselhos' e grande maioria dos seus intérpretes entende a narrativa como voz dos marginalizados. [...] [Em Arendt,] *storytelling*, é antes de mais nada, encontrar e trazer à luz o sentido nas indeterminadas e 'caóticas' experiências humanas.<sup>31</sup> (p. 224)

Narrar algum fato corresponde à elaboração benjamíniana de "intercambiar experiências", tanto que, ao trabalhar com as narrativas dos sujeitos, estamos não apenas participando de suas histórias,

mas de sua reconstrução, por meio da profusão de significados, em função do seu não acabamento essencial<sup>33</sup>.

Na leitura de portfólios reflexivos, o educando-narrador precisa ser entendido como um sujeito que busca, no “ato de contar”, as situações que, muitas vezes, queria ter tido ou que só descobriu depois. Com esta elucidação, demarca-se que uma narrativa não é necessariamente a verdade tal como aconteceu, mas uma interpretação da pessoa, que também será por nós interpretada: a verdade deve ser captada sempre como início do pensamento, como condição da possibilidade de refletir; e não como um resultado em si mesma.

A abordagem narrativa, que é substrato dos portfólios, compartilha alguns dos princípios das metodologias avaliativas de aprendizagem, mas cria rupturas, como o fato de que a experiência vivida não é algo a ser mensurado, mas criado no próprio processo<sup>33</sup>, em especial, nos diálogos entre educador e educando durante os *feedbacks*. Estes são momentos privilegiados para devolutivas sobre o portfólio e ajustes no percurso formativo, visando promover uma qualificação mais refinada do processo pedagógico. Podem constituir elementos do *feedback*: ressaltar aspectos (positivos e negativos) sobre conhecimentos, habilidades e atitudes; discutir as narrativas contidas no Portfólio Reflexivo; e estimular o retorno a objetivos educacionais ainda não alcançados, reformulando o plano pedagógico.

Ao assumir uma perspectiva narrativa para o processo educativo, prestamos visibilidade à experiência enquanto substância própria do pensamento. Arendt<sup>28</sup> nos ajuda a sustentar tal prerrogativa anunciando a “distinção que Kant faz entre *Vernunft* e *Verstand*, ‘razão’ e ‘intelecto’” (p. 28). A autora apropria-se da construção kantiana entre a razão que pensa e o intelecto que conhece.

Assim, a distinção entre as duas faculdades, razão e intelecto, coincide com a distinção entre as duas atividades espirituais completamente diferentes: pensar e conhecer; e dois interesses inteiramente distintos: o significado, no primeiro caso, e a cognição no segundo.<sup>28</sup> (p. 29)

Para Arendt, o pensamento não provê uma conclusão sólida, mas diz respeito ao *significado* daquilo que nos ocorre. Ou seja, o pensar emerge do imprevisto de experiências vivas e a elas parece permanecer ligado. O pensamento, enraizado na particularidade e na contingência da experiência, é um modo fundamental da abertura do espírito ao mundo.

Nesse aspecto, o Portfólio Reflexivo amplia o olhar sobre o processo formativo para além da aquisição de conhecimentos, pois as narrativas reativam o pensamento sobre as experiências do educando acerca de suas relações com o conhecimento científico, suas interações com o outro (paciente, equipe de saúde, tutor) e consigo mesmo. Quando o educador (preceptor, tutor, supervisor ou professor) estabelece uma relação com os educandos, estimulando a autonomia e a responsabilidade sobre seu próprio aprendizado, ilustra o tipo de relação que se espera que desenvolvam com os usuários.

### **Competência narrativa como elemento do cuidado em saúde**

O emergente debate da Medicina Narrativa, dentro do campo das Humanidades Médicas, tem colocado em relevância a necessidade de maior porosidade da prática clínica a contribuições de outras áreas do saber como Filosofia, Literatura, Comunicação, Sociologia, entre outros<sup>34</sup>. Contudo, isso não implica uma recusa ao paradigma da Biomedicina.

Diversos autores<sup>35-38</sup> explicitam a Medicina Narrativa como uma prática e uma disposição intelectual que permite aos médicos perceberem para além dos mecanismos biológicos. Busca-se somar à leitura de sinais do corpo uma decodificação das narrativas e outros indícios verbais e não verbais dos pacientes, e uma consciência dos aspectos éticos e contextuais envolvidos. Tal habilidade requer uma abertura não apenas cognitiva, mas, também, da esfera dos valores na experiência do encontro clínico. Nesse sentido, é fundamental ampliar os elementos do universo interpretativo do clínico para ser capaz de reconhecer os contextos narrativos onde falas, significados e demandas dos pacientes sejam compreendidos de maneira a transcender a lógica biomédica, e que as histórias das pessoas sejam concebidas para além da engessada anamnese.

Charon<sup>39</sup> atenta para a necessidade de uma competência narrativa dos profissionais de saúde: extrapolando o debate do ambiente da consulta, evoca um repertório interpretativo no cuidado em saúde, não apenas em benefício de uma maior compreensão das narrativas de pacientes – por promover uma maior complexidade na percepção e entendimento sobre as singularidades de cada caso – mas, também, por possibilitar que profissionais de saúde abram um canal de reflexão sobre o autoconhecimento, a ponto de exporem suas concepções de mundo e colocá-las como um *diálogo imaginário* consigo mesmo e com o ponto de vista dos outros.

A faculdade da imaginação desempenha importante papel na teoria política de Arendt, pois é condição de possibilidade das duas principais atividades do espírito nela envolvidas: a atividade de pensar e a própria atividade de julgar e tomar decisões. Enquanto capacidade de tornar presente o que está ausente, transforma o objeto numa “sensação” a ser interiorizada, de modo que possamos nos afetar por ele na sua ausência, como se fosse uma sensação recebida de um sentido não objetivo. Em outras palavras, quando representamos alguma coisa que está ausente, a imaginação prepara os objetos para a operação do pensamento reflexivo. Para Arendt, a imaginação “presentifica” o que está ausente, pois, ao fazer articular memória e experiência no mundo, possibilita um “alargamento do pensar”.

A narrativa, em certa medida, evidencia o exercício de reconhecimento do *Outro* em sua singularidade, por meio do pensamento e da imaginação. A percepção do sofrimento do *Outro* é um elemento capaz de mobilizar essa imaginação. Ainda que entendamos o cuidado sendo estabelecido essencialmente por meio da interação entre os sujeitos, não é possível, objetivamente, colocar-se no lugar do *Outro*, mas é imprescindível ser capaz de tomá-lo em consideração e valorizar sua perspectiva sobre o próprio sofrimento. Ao considerar o *Outro* em sua imaginação, o espírito humano se abre à alteridade, numa maneira de “pensar alargado”. Nesse sentido, as narrativas permitem troca de papéis: o médico-observador das histórias do paciente-narrador torna-se, agora, o que conta a história do outro (e sua relação com ela).

O pensamento alargado não deve ser confundido com “empatia alargada”, alerta Arendt. Pensar criticamente não significa criar uma empatia alargada que poderia levar a querer “saber o que se passa na cabeça dos outros”<sup>28</sup> (p. 513). Pensar criticamente não é simplesmente aceitar aquilo que se passa no espírito do outro, pois “isso nada mais seria que aceitar passivamente seus pensamentos, ou seja, trocar os preconceitos próprios à minha posição pelos preconceitos deles”<sup>28</sup> (p. 513). O pensamento alargado requer a suspensão dos nossos interesses privados, aquilo que limita a nossa faculdade de pensar e tomar decisões na perspectiva da pluralidade do mundo. Assim, não se trata de aceitar passivamente a perspectiva do outro, mas de transitar entre os diversos pontos de vista, conferindo, ao pensar, um sentimento público:

[Quanto] maior a região em que o indivíduo esclarecido é capaz de mover-se, de ponto de vista a ponto de vista, mais geral será o seu pensamento... Essa generalidade, entretanto, não é generalidade do conceito – do conceito ‘casa’ no qual podemos, então, subsumir, todas as edificações concretas. Está, ao contrário, intimamente ligado aos particulares, com as condições particulares dos pontos de vista pelos quais devemos passar para que chegemos a nosso ‘próprio ponto de vista geral’.<sup>28</sup> (p. 514)

Nesse sentido, as narrativas que compõem o Portfólio Reflexivo devem ser antecedidas por uma *experiência existencial*, seja vivida pelo próprio sujeito que conta a história, ou pela experiência de ouvir histórias dos outros. O narrador não faz apenas uso das suas experiências, mas também das experiências alheias pelo ouvir. Isso pressupõe *per se* uma abertura ao diálogo. O pensar narrativo operado nos portfólios reflexivos é crítico porque enseja a troca de experiências: o *narrador-estudante* transforma em história a experiência com pacientes, famílias e com o próprio contexto do território onde atua; o diálogo (por vezes, imaginário) que se estabelece com essas histórias se concretiza quando o *professor-leitor* percorre essas trajetórias e ressignifica tais experiências, fazendo uso do

dispositivo pedagógico para ler nas entrelinhas. Ora narrativas emocionadas com vistas a sensibilizar o leitor; ora narrativas formais, com vistas a enquadrar-se em um texto científico; ora narrativas hesitantes, mostrando dificuldades de manejo de casos complexos; ora narrativas impessoais, tentativas distanciadas que salientam o receio de expor-se ou ressaltam a falaciosa proteção do não envolvimento com o paciente...

O papel da narratividade como fruto de uma síntese de discursos políticos e morais criados pelas pessoas para (se) entenderem e julgarem as circunstâncias e situações em que vivem, fornece, assim, possibilidades de criar percepções, pensamentos e julgamentos no curso da vida. Construir narrativas junto aos pacientes, sobre suas histórias, ou experiências de adoecimento, pode representar uma forma poderosa de expressão do sofrimento e a possibilidade de “ampliar a prática clínica, de modo que esta possa ser capaz de transcender aos limites impostos pela abordagem exclusivamente do adoecimento”<sup>37</sup> (p. 49).

## Considerações finais

A questão central que norteou este ensaio relaciona-se diretamente à dimensão da produção de subjetividades no processo educativo: de que maneira podemos colaborar para o processo de ensino-aprendizagem acerca do cuidado em saúde? Ou ainda, como extrapolar o ensino médico para além da aquisição de conhecimentos e de técnicas? Como pensar metodologias pedagógicas para o desenvolvimento de valores?

Neste ensaio, tais perguntas nos impeliram ao exercício de fazer *percutir* Saúde Coletiva, Educação e Filosofia. Referenciamo-nos aqui ao pensamento de Deleuze<sup>40</sup>, pois partimos da compreensão de que diferentes “disciplinas” – assim como as artes, a filosofia e a ciência – estabelecem relações de efeitos, “percutem uma na outra”<sup>40</sup> (p. 156), produzem ressonâncias mútuas que interferem entre si. Interferir não significa trocar, compartilhar, vigiar ou refletir reciprocamente. Antes, interferir seria interceder: “A criação são os intercessores”<sup>40</sup> (p. 156). Apesar de Deleuze não ter desenvolvido explicitamente o conceito de *intercessor*, a ideia atravessa sua obra e aponta indícios para a conceituação do termo. O autor enuncia que os conceitos são movimentos constituídos a partir de encontros, experiências ou problemas que instigam o pensamento a ser pensado. Os intercessores consistiriam, então, em agenciadores do pensamento.

Partindo de contribuições da Filosofia, em especial dos constructos de Hannah Arendt, em diálogo epistemológico com os campos da Saúde Coletiva e da Educação, fazendo-os *interceder* um ao outro, pudemos traçar nexos conceituais para defender o Portfólio Reflexivo como dispositivo pedagógico para a formação de uma certa narratividade para a prática médica.

As leituras de narrativas em portfólios, seguidas de *feedbacks* aos educandos, desvelam processos educativos profícuos do ponto de vista da comunicação clínica, do desenvolvimento de um senso ético e do cuidado integral em saúde<sup>35-39,41</sup>. Os *feedbacks* devem ser momentos pedagógicos privilegiados, por possibilitarem conferir comunicabilidade às narrativas construídas. Recorremos a Paulo Freire, quando corrobora que todo processo educativo tenha como fundamento o diálogo: “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”<sup>42</sup> (p. 69).

Nesse sentido, para a formação médica, especificamente – e para o ensino em saúde, em geral – apontamos como importante contribuição a utilização do Portfólio Reflexivo e a potencialidade ético-política que o constitui em dispositivo pedagógico: a composição de narrativas pressupondo a experiência de encontro com o *Outro* afirmam uma formação para o cuidado em saúde em suas dimensões éticas, juntamente com as dimensões cognitivas e comunicacionais; assim como a produção de conhecimento por meio desse encontro e a possibilidade de “alargar” o pensamento de modo a caber o outro nas tomadas de decisão.

### Colaboradores

Bruno Pereira Stelet elaborou o desenho do trabalho e delimitou o objeto do estudo. Bruno Pereira Stelet, Valéria Ferreira Romano, Ana Paula Borges Carrijo e Jorge Esteves Teixeira Junior participaram ativamente das discussões dos resultados, da revisão e aprovação da versão do trabalho final.

### Referências

1. Centra JA. The use of the teaching portfolio and student evaluation for summative evaluation. *J High Educ.* 1994; 65(5):555-70.
2. Gomes AP, Arcuri MB, Cristel EC, Ribeiro RM, Souza LMBM, Siqueira-Batista R. Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(3):390-6.
3. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 23 Jun 2014.
4. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.
5. Rios IC. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15 Supl 1:1725-32.
6. Pessoti I. A formação humanística do médico. *Medicina (Ribeirão Preto).* 1996; 29(4):440-8.
7. Stelet BP. Sobre repercussões de atividades extensionistas na construção de valores e virtudes durante a formação em Medicina [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2013.
8. Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2007. p. 15-28.
9. Troncon LEA. Avaliação do estudante de Medicina. *Medicina (Ribeirão Preto) [Internet].* 1996 [acesso 14 Jan 2016]; (29):429-39. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/786>
10. Zefirino AMB, Troncon LEA, Hamamoto Filho PT, Comes GT, Coelho S, Growthesc R. Avaliação do estudante de Medicina. *Cad ABEM.* 2009; 5(0):30-3.
11. Tibério IFLC, Daud-Gallotti RM, Troncon LEA, Martins MA. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012.
12. Menezes FA. A avaliação dos estudantes: entre a indução da aprendizagem e a avaliação das intervenções educacionais. *Cad ABEM.* 2009; 5(0):34-41.
13. Zanolli M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 40-61.
14. Luz MT. Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
15. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2009.
16. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.

17. Depresbiteris L, Tavares MR. Diversificar é preciso... Instrumentos e técnicas de avaliação de aprendizagem. São Paulo: Senac São Paulo; 2009.
18. Maia MV. O portfólio reflexivo eletrônico na educação médica: uma análise da experiência do internato eletivo em Anestesiologia com base na Teoria da Aprendizagem Significativa [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde; 2013.
19. Marin MJS, Moreno TB, Moravcik MY, Higa EFR, Druzian S, Francischetti I, et al. O uso do portfólio reflexivo no curso de medicina: percepção dos estudantes. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(2):191-8.
20. Prearo AY, Monti FMF, Barragan E. É possível desenvolver a autorreflexão no estudante de primeiro ano que atua na comunidade? Um estudo preliminar. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(1):24-31.
21. Medeiros NS, Santos TR, Trindade EMV, Almeida KJQ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Rev Bras Educ Med.* 2013; 37(4):515-25.
22. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2005.
23. Deleuze G. Foucault. São Paulo: Brasiliense; 1991.
24. Silva FH, Barros MEB. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2010. p. 383-92.
25. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev Saude Publica.* 2005; 39(2):231-7.
26. Sá-Chaves I, organizadora. Os “Portfolios” Reflexivos (também) trazem gente dentro. Porto: Porto Editora; 2005.
27. Anastasiou LGC, Alves LP, organizadores. *Processos de ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula*. 5a ed. Joinville: Univille; 2006.
28. Arendt H. A vida do espírito. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.
29. Assy B. Vida insustentável e reconciliação da narrativa – espaço público como natalidade metafórica em Hannah Arendt. *Rev Fac Direito UFPR.* 2008; 47(0):81-9.
30. Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
31. Aguiar OA. Pensamento e narração em Hannah Arendt. In: Moraes EJ, Bignotto N, organizadores. *Hannah Arendt: diálogos, reflexões, memórias*. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2001. p. 215-26.
32. Benjamin W. O Narrador. In: Benjamin W, organizador. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 7a ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 197-221 (Obras escolhidas; 1).
33. Rabelo AO. A importância da investigação narrativa na educação. *Educ Soc.* 2011; 32(114):171-88.
34. Fernandes I. Leituras holísticas: de Tchekhov à Medicina Narrativa. *Interface* (Botucatu). 2015; 19(52):71-82.
35. Hurwitz B, Greenhalgh T. Narrative-based medicine: dialogue and discourse in clinical practice. London: BMJ Books; 1998.

36. Hurwitz B. Narrative (in) medicine. In: Spinozzi P, Hurwitz B, editors. Discourses and narrations in the biosciences. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Unipress; 2011. p. 73-87.
37. Favoreto CAO. A narrativa na e sobre a clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2007.
38. Favoreto CAO, Camargo Junior KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. Interface (Botucatu). 2011; 15(37):473-83.
39. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
40. Deleuze G. Conversações. Pelbart PP, tradutor. São Paulo: Ed. 34; 1992.
41. Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2006; 30(1):6-14.
42. Freire P. Extensão ou Comunicação? 10a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1992.

Stelet BP, Romano VF, Carrijo APB, Teixeira Junior JE. Portafolio Reflexivo: subsidios filosóficos para una *práxis* narrativa en la enseñanza médica. Interface (Botucatu). 2017; 21(60):165-76.

El Portafolio Reflexivo se aplica como una herramienta de evaluación para incentivar el pensamiento crítico-reflexivo y generar condiciones para el ejercicio de un sentido ético en la formación médica. El objetivo de este ensayo es analizar el Portafolio Reflexivo como un dispositivo pedagógico para el ejercicio de la narrativa en la medicina. Al producir un análisis teórico sobre el portafolio, construimos un diálogo epistemológico entre Salud Colectiva, Educación y Filosofía, en el sentido de ofrecer elementos para pensar el ejercicio de tecnologías relacionales para el cuidado en la salud. La filosofía de Hannah Arendt potencia este estudio, en la medida en que aborda la acción narrativa bajo una perspectiva política. Profesor y alumno (lector y narrador) comienzan a establecer un diálogo por medio de los portafolios, permitiendo que surjan nuevos desdoblamientos para proporcionar significados pedagógicos al Portafolio Reflexivo.

*Palabras clave:* Educación Médica. Evaluación. Portafolio Reflexivo. Medicina narrativa.

Submetido em 11/01/16. Aprovado em 28/04/16.