

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**FORMAÇÃO HUMANISTA DO MÉDICO: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA
REFLEXÃO NA CONCEPÇÃO DE CARL ROGERS**

REGINA CÉLIA NOGUEIRA GOMES

Orientadora: Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Este exemplar corresponde à redação
Final da Dissertação defendida por
Regina Célia Nogueira Gomes e
Aprovada pela Comissão Julgadora.

Data: ____ / ____ / ____.

COMISSÃO JULGADORA:

2 0 0 2

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**FORMAÇÃO HUMANISTA DO MÉDICO:
CONTRIBUIÇÕES PARA UMA REFLEXÃO NA CONCEPÇÃO DE
CARL ROGERS**

REGINA CÉLIA NOGUEIRA GOMES

**CAMPINAS
2002**

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho:

Aos meus filhos,

Gustavo, mais quieto, um tanto calado, as vezes tímido. Nos momentos que estamos juntos, agradável revelação: alegria contagiante, tantas falas, alguns segredos...Um fio...

Beatriz, agitada, nada calada, raramente tímida. Nos momentos que estamos juntas, agradável revelação: uma doçura impressionante, mais falas, algumas confissões...Um fio...

A vocês, meus filhos, eu dedico muito mais que esse trabalho, agradeço a oportunidade de tê-los ao meu lado e juntos podermos tecer o direito e o avesso da trama dessa vida, com cores mais vivas, estampas vibrantes, com o tom mais intenso do amor. Muito obrigada.

A meus pais, Durvalino e Elza, que me deram a agulha e o fio, e me ensinaram a tecer essa trama, com alegria, coragem e amor ao próximo. A energia de vocês, tenho certeza, não se acabou, se transformou. A vocês que hoje estão em outra dimensão, a minha sempre gratidão. Muito obrigada.

Ao Luís Henrique, e em seu nome eu dedico esse trabalho a tantos outros *Luises*, que deram mais sentido a minha vida. Estão aqui vivos, através do meu reconhecimento e da minha emoção. Muito obrigada.

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª. Dr.^ª Sylvia Helena de Souza da Silva Batista, agradeço pelo seu jeito afetivo e competente em me guiar nessa trajetória. Uma curiosidade: foi no desencontro que nos encontramos. É o avesso da trama!!! Muito obrigada.

À Prof^ª. Dr.^ª Roberta Gurgel Azzi, pela sua constante presença ao meu lado, pelas longas conversas, nem sempre fáceis, mas sem dúvida, necessárias. A minha pública gratidão.

Aos docentes do grupo PES, pela presença, pelo profissionalismo com que nos recebem.

À Prof^ª. Dr.^ª Maria Cecília R. de Góes, por sua *histórica* sensibilidade, que com um leve toque, muda minha trajetória para melhor. Meus sinceros agradecimentos.

Aos docentes da Faculdade de Educação da Unicamp, por suas valorosas contribuições.

À PUC-Campinas, pela formação e confiança em mim depositada, na formação dos *nostros* futuros médicos.

Ao sempre Departamento de Medicina Social e Preventiva da PUC-Campinas, e seus professores, por terem me dado *a régua e o compasso*.

À Prefeitura Municipal de Campinas, particularmente à Secretaria de Saúde, que por tantas vezes, me liberou para que eu pudesse concluir esse trabalho. Espero poder devolver em qualidade de serviço à população essa oportunidade.

Não poderia faltar um agradecimento muito especial, às pessoas dos C.S. Integração, C.S. Boa Vista e o mais recente C.S. Barão Geraldo, por segurarem tanta (inclusive a minha) barra, muito obrigada.

Aproveito para agradecer pessoas como Éster Viana e Edith A. Bortolozo, que me fazem acreditar que é possível ter esperança e confiança no setor público, nessa árdua construção da cidadania.

A *minha turma* de colegas do PES, pelo companheirismo e também, *pela viagem no tempo!* Quantas vezes voltamos a ser adolescentes, e nos permitimos pequenas travessuras. A amizade construída nesse tempo é sem dúvida a melhor das lembranças. A correria com os trabalhos, as tardes na cantina, quantas risadas. Tinham dias mais difíceis, as experiências vividas por cada uma, alguns dramas. Daria um bom livro. Companheirismo e solidariedade, é a *nostra* marca. Ai que sabor de saudades!!!

À turma do condomínio, pelo encontro de todas as sextas-feiras, pelas vibrações positivas, pela demonstração e prática de amor ao próximo. Por acolherem os meus desabafos e os inevitáveis choros. Muito obrigada.

À minha turma da medicina, XIII, que apesar da distância e dos diferentes destinos, *continuamos unidos na luta e na...*

Ao Beto, pela sua integridade, pelo ser humano que é. Agradeço pela sua generosidade e pelo seu jeito muito especial de ser pai. Obrigada.

Aos meus familiares, pela força e altivez com que enfrentamos tantas perdas e adversidades. Mas chegamos aqui, pouquinhos, e como se fossemos gravetos, juntos, formamos um feixe forte e resistente. Na luta da vida continuamos a construir a nossa história.

Ao tio José e tia Linda, por me tomarem como a uma filha em suas vidas. Exemplo da mais pura dignidade e afetividade. Palavras, por si só, não seriam suficientes para traduzirem a minha gratidão. Muito obrigada.

Ao Alberto, pelo resgate do passado, pela presença no presente e pelo reencontro no futuro, do mais puro companheirismo. Pela sua fé e dedicação, a minha gratidão.

Aos meus alunos da medicina, em particular aos do primeiro ano. Quanta luz em seus olhos, espelhos de esperança. A vocês o meu mais sincero agradecimento, pela possibilidade de troca e crescimento, compartilhados. É imensa a alegria de estar junto nessa trajetória tão especial de suas (nossas) vidas. *É o eixo...*

Agradeço ainda, aos meus filhos, que tantas vezes com olhar de espanto me diziam: *mãe, você gosta mesmo de estudar? Por que você fica tanto tempo no escritório? Você tá ficando gorda! Vamos no clube hoje? É Domingo!* Obrigado meus filhos, que apesar de nem sempre gostarem das respostas recebidas, durante esse longo período, estiveram sempre ao meu lado.

Agradeço especialmente, a minha mãe, pela memória cada vez mais viva de sua valise, de sua mesa sempre posta, da sua agenda recheada por telefones de ajuda, pela porta de sua casa aberta. Pelo seu imenso coração, que tantos filhos abrigou, por tantas dores que ajudou aliviar. Deus me faça merecedora do seu exemplo e que eu possa seguir seus passos com a mesma dignidade e profissionalismo que marcaram a sua vida. Mãe, quantas saudades!

RESUMO

Gomes, Regina Célia Nogueira. **Formação Humanista do médico: contribuições para uma reflexão na concepção de Carl Rogers**. Campinas, 2002. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Educação – UNICAMP. 162p.

Esta pesquisa tem suas raízes em minha trajetória profissional como médica e no diálogo que tenho construído com os movimentos empreendidos pelas escolas médicas no mundo e no Brasil, revendo suas diretrizes e apontando sistematicamente, para o resgate de uma formação médica mais ética e humanista. Surgem então, questões como: Por que o humanismo é tão enfatizado na educação médica? De que humanismo se fala quando afirma-se que o médico deve ter uma formação humanista? Neste bojo assumo como objetivo apreender contribuições da psicologia humanista, tendo em Carl Rogers o interlocutor central, para o repensar das práticas de formação dos futuros médicos. O caminho metodológico utiliza-se da análise documental como meio de discutir criticamente os conteúdos relativos ao HUMANISMO presentes em quatro documentos nucleares no cenário do ensino médico brasileiro, a saber: Contribuições das Américas à Conferência Mundial da Educação Médica; Diretrizes Nacionais do Curso de Graduação em Medicina; Transformação da Educação Médica Brasileira e Abrindo a porta para Dona saúde entrar. As análises feitas permitem identificar uma relevante convergência em torno da formação humanista, bem como reconhecer que as concepções de humanismo podem ser resignificadas a partir de novas formas de configurar o objeto/sujeito da prática médica, reconstruindo-o a partir das reais necessidades das pessoas.

ABSTRACT

This research has its roots in my professional experience as a doctor and in the dialogue that I have been building with the movements undertaken by the medical schools in the world and in Brazil, reviewing its guidelines and systematically pointing, to a ransom of a more ethical medical formation and humanist. Questions like: why is the humanism so emphasized in the medical education? What humanism are we talking about when affirming that the doctor should have a formation humanist? In this salience I assume as objective apprehends the psychology humanist's contributions, has in Carl Rogers the central speaker, for rethinking the practices of formation of the medical futures. The methodological way uses the documented analysis as a way of critically discussing the relative contents of HUMANISM present in four nuclear documents in the scenery of the Brazilian medical teaching, to know: Contributions of America to the World Conference of the Medical Education; National Guidelines of the degree course in Medicine; Transformation of the Brazilian Medical Education and Opening the door for Lady health to enter. Analyses done allow us identify an important convergence around the humanist formation, as well as to recognize that conceptions of humanism can be given new concepts starting from new forms of configuring the object/subject of medical practice, reconstructing it from people's real needs.

1. INTRODUÇÃO.....	01
1.1 Considerações preliminares.....	02
1.2 A constituição do objeto de estudo	11
1.3 Das questões aos objetivos do estudo.....	34
2. HUMANISMO: A opção por Carl Rogers.....	35
2.1 Humanismo: primeiras aproximações teóricas	36
2.2 Psicologia humanista: a terceira força.....	43
2.3 Apresentando Carl Rogers.....	50
2.4 Contribuições de Carl Rogers à Educação.....	59
3. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	87
4. HUMANISMO E MEDICINA: UM ENCONTRO POSSÍVEL.....	99
4.1 A <i>deshumanização</i> da medicina.....	100
4.2. O que dizem os documentos na direção da humanização.....	109
4.3 A possibilidade de um encontro.....	128
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	155

1. INTRODUÇÃO

*É o outro que me dá referência de que
nem sou o anão dos meus pesadelos
nem o gigante dos meus sonhos.*

(Autor desconhecido)

1.1 Considerações Preliminares

Depois de muito questionar, decido incluir esse capítulo no corpo do trabalho que agora apresento, como forma de abertura. A dúvida foi se dissipando na medida em que eu me aproximava, e confesso, me apaixonava, por Carl Rogers, que será formalmente apresentado mais à frente.

É incrível como o que ele escreve, ressoa e organizava falas da minha voz interna. A sensação que tenho é a de estarmos conversado, por um longo tempo, uma daquelas prosas gostosas que atravessam madrugadas e nos instigam a pensar, pensar...

A primeira razão de empatia se dá pela forma como ele descreve o seu processo de elaboração teórica, que tem início na soma de sua vivência pessoal e profissional, tão bem destacado por Costa que nos conta que, *“para ele o conhecimento tem origem numa experiência, que faço de mim e de outros, de maneira imediata, livre de esquemas intelectuais que podem deformá-la.”* (1980, p.12)

É assim que me encorajo a escrever essa introdução, e acredito mesmo que sem ela parte do entendimento do proposto ficaria de certa forma comprometido.

A imensa vontade de aprofundar o conhecimento sobre a formação médica à luz da dimensão humanista, não tem data precisa pra nascer, tampouco uma marca específica que a localize no passado das minhas memórias.

Foi surgindo e crescendo aos poucos, conquistando minha atenção ao mesmo tempo em que produzia uma intensa mobilização interna. Hoje, ao tentar recuperar os passos dessa andança, me vejo às voltas com lembranças que se emaranham entre a minha história de vida pessoal, e a construção da minha carreira profissional. Penso mesmo ser indissociáveis essas histórias, fios que tecem essa trama, direito e avesso, em profunda cumplicidade.

Com a segurança que o afastamento temporal me dá, posso afirmar, que esse interesse vem se processando ao longo da minha vida, e que só muito recentemente fui capaz de formulá-lo como um *problema* possível de ser investigado/investido.

O que a princípio parecia extremamente angustiante encontra alívio, quando fica claro que ele, o problema, só poderia ser mesmo enunciado, após um longo processo de amadurecimento. E isso demanda tempo!

Foi difícil, algumas vezes até vexatório, sentir algo a me incomodar tão profundamente e não ser capaz de organizar o pensamento, como se houvesse um *gap*, entre a capacidade de sentir e a habilidade de verbalizar.

Essa dificuldade justifica a demora até que eu tomasse coragem de me expor academicamente, enovelada que estava entre os meus pensamentos, conflitos e medos.

Costumo brincar com o fato de que o primeiro esboço do projeto com vistas à pós-graduação, foi redigido num feriado de finados. Quanta simbologia!

Agora entendo como o tempo era enfim, um grande aliado.

E é no tempo que eu volto para contar fatos marcantes dessa história.

Tomo como marco referencial, o meu ingresso no nível superior que se inicia em meados da década de 70, quando sou aprovada no curso de História da Universidade São Paulo.

A escolha por esse curso, não se deu pelo desejo de ser professora ou qualquer outra pretensão profissional que eu tivesse. O curso de História, também não foi definido por ele em si, mas antes pela admiração e afeto que eu nutria pela “minha” professora de História, Silvia, que muito mais do que fatos

e datas, despertou em mim a admiração pelo Homem e seu percurso no mundo.

Um tanto imatura e muito confusa, início o curso titubeando pelos corredores da universidade sem ter a certeza da escolha feita. No início encantada com as novidades, assistia maravilhada as discussões fervilhantes em torno dos professores que voltavam do exílio, marcando os primeiros momentos da distensão lenta e gradual, que a ditadura militar permitia (!).

Ainda guardo na memória o sabor do sentimento experimentado. Uma mistura de admiração e amedontramento frente ao desafio posto. Pessoas cultas, debates aquecidos, engajamentos, palavras de ordem, que até então, nada significavam pra mim.

A timidez me dominava e foi com muito esforço que pouco-a-pouco me integro ao ambiente, estabelecendo alguns contatos pessoais, buscando me integrar àquela realidade.

A dúvida, fiel companheira, a toda hora me fazia questionar. É isso o que eu quero? Aqui é o meu lugar?

No anseio de diminuir tantos conflitos, fui lecionar, buscando encontrar algo que me estimulasse a prosseguir o curso e me ajudasse a clarear tantas dúvidas. O *ser professora*, nesse momento, era quase que uma mera reprodução das brincadeiras infantis, ou uma continuação das minhas primas, por tantas vezes admiradas pelos meus olhos de adolescentes, professoras, que com os seus depoimentos, me conduziam nessa direção.

Experiência válida. Pela primeira vez na vida sou professora. A escola pública – E.E.P.S.G. Vinícius de Moraes, me conquista a partir do nome. A escola fica às margens da Rodovia Raposo Tavares, estrada de grande fluxo na direção oeste do estado de São Paulo. Um prédio assobradado, cercado por árvores, guardava um “quê” das escolas interioranas, acolhedora e organizada.

O tempo lá vivido, deixou lembranças e passagens curiosas. Nunca mais me esqueci do seu jovem diretor, o professor Santo (esse era seu nome). De incrível bom humor, sabia conquistar a todos. Mas se enganava quem pensava poder ludibriá-lo. Era extremamente corajoso e combativo. Recordo-me que ele

há tempos solicitava uma passarela em frente a escola, principalmente para dar segurança às crianças que moravam do lado oposto da pista. E também, há muito tempo não era atendido. Num desses períodos eleitorais, foi agendada a visita do então governador do estado (figura folclórica do cenário político) na escola, considerada um exemplo de equipamento público bem sucedido.

O diretor, muito perspicaz e contando com a ajuda de moradores vizinhos, interrompe momentaneamente o tráfego da estrada. Enquanto isso, algumas crianças, entre elas os seus próprios filhos, deitaram no leito da rodovia e tem os seus corpos contornados por tinta, semelhante ao que faz a polícia técnica em acidentes com vítimas. A imprensa, sempre ávida por manchetes, teve muito mais matéria do que a inicialmente agendada. No dia seguinte, as fotos dos contornos das crianças eram capas dos principais jornais.

Não sou capaz de precisar o tempo, mas não demorou muito, tínhamos uma passarela na frente da escola.

Tempos bons, muita experiência vivida e início da conscientização do que é **ser** professora.

A princípio me senti muito à vontade nesse novo papel e como penso que fazem a maioria dos jovens professores, foi através do companheirismo e da troca de experiência entre os colegas que fui construindo o meu jeito de ser professora.

Gostei de lecionar. Estar com pessoas jovens, alegres, questionadoras me fizeram muito bem. Eu aprendi muito!

Mas não era suficiente. Ainda não era paixão.

Coragem!

Foi preciso muita, pra decidir abandonar tudo e mudar o rumo da (H)história. Deixei o emprego e a universidade. Como quem duvidasse da própria força pra sustentar tamanha guinada, me mudei de São Paulo para Campinas. Agora sem emprego e sem curso, porque não dizer sem rumo, me via às voltas com a adaptação à nova cidade. Que época turbulenta.

A coragem precisou do reforço da esperança para seguir à frente. Era hora de começar tudo de novo e a decisão de continuar estudando já estava tomada.

Chegara o momento de tentar o curso de medicina. Desejo que andava à minha volta, desde a infância, em grande parte pelo ambiente “hospitalar” constituído por um pai laboratorista e uma mãe enfermeira. Era uma decisão muito séria, pra não ser realmente uma escolha minha, e influenciada por esta e outras questões desisti do vestibular quando concluí o colegial.

A experiência no curso de História, ajudou nessa reflexão, e parte das dúvidas haviam se dissipado. Agora o desafio era encarar o concorrido vestibular.

Para confirmar a decisão de não retornar para São Paulo, tento apenas os cursos do interior. Sou aprovada no curso de medicina da PUC-Campinas, no ano de 1982.

Início o curso mais amadurecida, embora me sentindo deslocada entre meus colegas, mais jovens e *cuca fresca*. A expectativa era muito grande. Acreditava realmente estar iniciando um curso que priorizasse o ser humano, na sua plenitude, ao mesmo tempo me habilitasse a me aproximar cada vez mais dele, com competência e sensibilidade. Aliás, essa expectativa era a mais forte influência recebida da minha família.

A lembrança da minha mãe, enfermeira, era a de uma pessoa que unia competência profissional a uma imensa disponibilidade interna em acolher o próximo, sempre com muito carinho.

Uma velha valise pode representar, simbolicamente, esse seu jeito de ser. Nela, ela acondicionava gases, esparadrapos, algumas pinças, tesouras e mercúrio cromo ao lado de alguns medicamentos. A trazia sempre junto de si, pronta para qualquer imprevisto.

Não foram poucas as vezes em que me tomava pela mão e seguíamos para atender pessoas aflitas pela dor.

Freqüentemente nos deparávamos com crianças febris ou adultos enfermos envolvidos numa situação social tão grave, que pequenas ações como

o arrumar uma cama de forma mais confortável, limpar um ferimento, conversar, eram atos recebidos como verdadeiras terapias.

Era mágico observar a sua habilidade em providenciar recursos para o bem estar e alívio do sofrimento de uma pessoa dentro de situações tão adversas. O sentimento que ambas experimentávamos após essas ações, são inesquecíveis. Esse sentimento que eu trazia tão firmemente arraigado dentro de mim era a minha melhor “matéria prima” e eu esperava que a medicina o transformasse em competência técnica e cognitiva a serviço do outro.

Não posso deixar de registrar que o afeto e disponibilidade que eu tenho pelo ser humano são a maior herança que minha mãe me deixou.

Quanta frustração! A escola médica, em geral, está ensurdecida para as questões dos sentimentos e dos afetos. É com muita maestria que ela nega e afasta do processo de formação do médico a dimensão do emocional, do afetivo e também do social.

Essa intenção é expressa logo na recepção dos jovens calouros, que entusiasmados, trazem seus sonhos, numa vontade quase convulsiva em ajudar o próximo. Diante desse entusiasmo eles recebem magistralmente o morto. É o cadáver que de certa forma dá as boas vindas ao curso.

Ao aluno, cheio da força e energia juvenil, se entrega um corpo inerte, portanto não interativo, despossuído de tal forma que nem a vala comum lhe foi permitida. Um homem ou uma mulher, crianças, sem histórias, sem marcas de quem um dia foi gente.

Se isso não bastasse, segue-se o separar o corpo em *peças* anatômicas (máquina?) para após dissecá-las. A seguir, ações mais refinadas entram em ação, micrótomos cortam os blocos de tecidos em lâminas finas, perfeitas para visualizar células nos microscópios. Depois, reações químicas, aminoácidos ... o fim (ou o começo?).

E tudo isso só no primeiro ano do curso. O desmanche está completo. Toda e qualquer chance de expressão de sentimentos, de intenções ou de manifestações mais humanas estão comprometidas.

A base estrutural do curso, a formação médica, irá se desenvolver ao longo dos seis anos em cima desse modelo de vida/homem morto e *desmontado*.

Assim, o ser humano, inteiro e integrado que deveria (eu esperava) ser o núcleo central do nosso aprendizado, vai gradativamente deixando de ser **gente** (mesmo aquele que já foi um dia) e cada vez mais se assemelha a **coisas** (peças, fatias, reações químicas).

O homem em sua expressão mais rica, mais livre, como um todo indivisível (que é), não é objeto/sujeito desse aprendizado.

A *vida*, o *eu* e o *outro*, vão sendo *ressignificados*, num novo código que não incorpora a dor e a subjetividade do outro. Tampouco as relações sociais, as produções coletivas, nada que lembre o ser humano.

O homem autor/produtor de conhecimento e de tecnologia, perdeu-se, em essência, nesse processo. O foco de luz se desviou do homem para o objeto, a **coisa**.

Apesar de contrariada com essa perspectiva de curso, sigo em frente e desta vez, vou até o fim e me formo médica. Esperançosa mas muito menos alegre se comparada àquela professora do “Vinícius de Moraes”.

Formada e inconformada com o processo, busco na especialização a realização do sonho, ainda remanescente. Procuo então a especialização na área da Medicina Social e Preventiva. A escolha por essa área, entre outros motivos, se deu pela oportunidade de atuar em espaços para além do hospital. Era a oportunidade de me colocar mais próxima das pessoas e de suas realidades, aonde elas pudessem expressar mais livremente quem são e o que esperam, diferentemente dos *pacientes* internados, tão reféns da ditadura do saber médico, controle que “é sentido num momento em que ele está fragilizado e às vezes até dependente, ficando mais difícil uma reação, um lutar contra.” (Bagnato, 1993, p.78)

Sabia poder *reencontrar* o homem por inteiro, *reintegrado*, mente, corpo e alma, aliado à sua história de vida, que nos torna tão singulares e

especiais. Era através dele, o *outro* que eu buscava reconstruir o meu próprio *eu*, tão competentemente desarticulado durante o curso.

Início a minha vida profissional no mesmo centro de saúde no qual um dia fui aluna, e é ele que vai ser o cenário para a história a seguir.

Trata-se do Centro de Saúde Integração, serviço da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Campinas (São Paulo), localizado na região noroeste da cidade, pólo de intenso crescimento populacional, principalmente às custas das invasões de migrantes, acumulando graves problemas sociais típicos das periferias dos grandes centros urbanos.

Muito próximo a ele, encontra-se o campus II da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), também conhecido como campus da saúde por concentrar a faculdade de ciências médicas e o hospital universitário, local de minha graduação.

Como consequência da forma de organização dos serviços municipais de saúde de Campinas e dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) do país, consolidou-se estreita parceria entre a universidade e o centro de saúde, viabilizando esse espaço como campo de estágio para os diversos cursos que compõem a faculdade de ciências médicas.

É assim, que no mesmo local, ora sou médica (funcionária pública), ora sou docente do quinto ano do curso de medicina da PUC-Campinas, disciplina que faz parte do internato em Medicina Social e Preventiva.

É essa condição que estabelece um lugar privilegiado, da onde posso observar e refletir sobre o ato médico, visto a partir de dois ângulos diferentes. Ou seja, se por um lado vivencio o ato médico como momento pedagógico, junto aos acadêmicos, por outro, convivo e observo o exercício da prática médica na sua rotina profissional.

A primeira evidência surge na contradição entre o que as escolas médicas propõem como formação profissional e o que a realidade, ou melhor, as condições de vida e saúde das pessoas, de fato esperam/necessitam do médico.

A base de uma destas contradições está , a meu ver, na formação tecnicista, centrada quase que exclusivamente não apenas no corpo biológico, mas num corpo doente. São raras e isoladas as disciplinas que buscam, a duras penas, reintegrar o homem na sua totalidade.

Como o médico não é treinado para atender o ser humano na sua complexidade e sim a entidade *doença*, ele organiza, na grande maioria das vezes, a sua prática profissional no modelo "queixa-conduta". Esse modelo de atendimento preconiza um protocolo de investigação para o *caso* , de tal forma que não haja espaço para emergir qualquer outra coisa que não seja pertinente para identificar a doença.

Se a patologia não está presente, há uma reserva de diagnósticos especialmente para essas situações, entre eles, o famoso DNV (distúrbio neurovegetativo), ou seja, não foi encontrada doença significativa (no conceito do médico) para intervenção, portanto o *caso* não merece mais atenção e será dispensado com boa dose de irritação.

A repetição, quase exaustiva desse modelo, me fez compará-lo ao uso das máquinas de auto-atendimento. *Seja bem-vindo ao sistema, o que deseja, consultas, saques, transferência?* E a sua necessidade específica é atendida, desde que esteja programada, independente de quem seja você. Enquanto sistema bancário isso me parece perfeito, mas enquanto atendimento a pessoas, em muito me frustrava.

O ato médico composto essencialmente pelo encontro de duas pessoas parece então, esvaziado de valores humanos e fortemente mecanizado.

Nesse modelo, o indivíduo, sua história de vida, seu contexto social não são relevantes. É essa questão que ocupa o meu pensar e é pra mim razão de conflito e impulso para a minha ação.

Reafirmo que não teria sido possível continuar esse trabalho sem esse registro anterior, pela tão forte impressão que me causa e que tem sido o maior responsável pelo meu movimento, na busca de conhecimento.

1.2 A constituição do objeto de estudo

Utilizo um recurso apresentado por Larossa para registrar os passos dados na constituição do objeto de estudo. Assim, o meu exercício de redação se dá aos moldes de *um conto que se fabrica enquanto se vai contando* (2000 p.27), como recurso de envolver o leitor, ao mesmo tempo em que penso ser possível, impregná-lo de sentimentos, semelhantes aos que me tomam, e a quem se deixar envolver por essa história.

Trata-se de um relato, valorizado pela perspectiva que Nóvoa (2000) me apresenta, aonde procuro refletir sobre o meu percurso profissional, e como este se articula com minha vida pessoal.

É assim, nesse tecer entre a minha vida pessoal e profissional, que fui me constituindo enquanto pessoa, médica e professora. *Avesso e direito de um só e mesmo bordado* (Fontana, 1997, p.55).

O produto desse tecer, levou-me a questionar sobre a formação dos alunos de medicina, sobre o meu papel de docente nessa direção, e como posso contribuir a partir de questionamentos sobre a proposição humanista, que tem surgido tão enfaticamente nos meios universitários.

Esse questionamento é consequência direta dessa trajetória, e como *para agir, é preciso ao menos localizar* (Canguilhem, 1982, p.19) relato esses fatos.

O lugar é o Centro de Saúde (CS), o tempo, o ano de 1989.

Um ano de formada, entusiasmada pela conquista de um espaço de trabalho, inicio minha carreira como médica assistente, vinculada ao Departamento de Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, no mesmo local em que fora aluna. Em 1990, um convite e a aprovação em seleção para docente do mesmo departamento, me **torno** professora.

Agora, em meio período sou docente do quinto ano de medicina, e no outro meio período sou médica assistente, contratada pela Prefeitura Municipal de Campinas. Passo assim a ter duplo vínculo institucional, com papéis distintos, porém exercidos no mesmo espaço físico.

É essa situação que vai proporcionar um *lugar* privilegiado para observar essa realidade. Não é difícil entender o quanto esses papéis estarão imbricados, e irão se revelar fundamentais, logo mais à frente.

Assustada, um pouco sem graça, encaro o desafio de ser professora e vou, aos poucos, procurando os caminhos para tornar-me, de fato, professora. Nunca essa palavra teve tanto significado para mim.

O texto de Fontana, traz alento para esse conflito quando diz:

“O processo pelo qual um indivíduo se torna professor é histórico, nos ensina ela, (Nilma Lacerda*) mesmo sem o pretender. Na trama das relações sociais de seu tempo, os indivíduos que se fazem professores vão se apropriando das vivências práticas e intelectuais, de valores éticos e das normas que regem o cotidiano educativo e as relações no interior e no exterior do corpo docente. Nesse processo, vão constituindo seu “ser profissional”, na adesão a um projeto histórico de escolarização.” (1997, p.54),

O conflito mais intenso nessa época, era o de assumir a responsabilidade de ser docente sem ter tido uma formação específica para isto. Não aceitava com naturalidade, a argumentação que o domínio do conteúdo temático e o *jeitinho para ser professora*, fossem suficientes para dar conta de tamanha responsabilidade.

A oportunidade que tive naquele momento foi o de fazer às pressas, um breve curso de Metodologia do Ensino Superior, que mais do que me (in)formar, me desperta para a ação e me dá a direção do trajeto a ser percorrido. Esse curso representou um grande alívio, para quem quer um dia ser chamada de professora, e não se sentir culpada por isso.

* (N. do A) A citação se refere ao livro *Manual de Tapeçaria*. Rio de Janeiro, Philobliblion: Fundação Rio, 1986.

Enquanto eu estava às voltas com essa questão, um atendimento clínico, entre tantos do dia-a-dia, vai se transformar num fato determinante dessa história.

É esse cliente que vai marcar a minha história daqui pra frente. Embora um pouco longo, sinto que é imprescindível relatá-lo.

Mas antes, destaco a opção pela palavra cliente em oposição a paciente, considerando que:

“...muito apropriadamente, Rogers usa a palavra *cliente* ao invés de *paciente*, carregado de ranço mecanicista da abordagem biomédica. Um paciente é visto como alguém doente que se submete à ação ativa de profissionais formados, que são mais *sábios* e competentes que ele mesmo. Um cliente é alguém que deseja um serviço e que não pode executar sozinho, mas que está em mais pé de igualdade e, por isso, é menos incompetente que o paciente, ou seja, o cliente é visto como uma pessoa inerentemente capaz de entender e atuar sobre a sua própria situação.” (Guimarães, 2001, p.6)

Certa manhã, próximo do meio-dia, recebi um estranho recado. Um moço, queria falar comigo fora do Centro de Saúde (C.S.), no banco da praça. Pensei tratar-se de mais um vendedor ambulante, e um pouco titubante e resistente, fui.

Moço alto, rosto afilado, olhos sofridos, um tanto pálido. Foi logo dizendo, *não precisa ter medo, eu só quero sua ajuda !* De forma lacônica, o mais breve que pode, resumiu sua história. Era uma pessoa dependente de drogas (ilícitas) e soubera recentemente estar infectado por esse *tal bicho* da AIDS.

O seu pedido era muito simples (na maneira dele ver): um remédio pra deixar de gostar de drogas (droga x droga?) e um exame de sangue que negasse o resultado anterior. Desejava ser atendido ali na praça mesmo, pois não se sentia à vontade (não era acolhido?) dentro do serviço. **Era só isso.**

Fui tomada por uma tempestade de sensações/sentimentos que transitaram entre o me sentir ridícula, desconcertada e impotente. Não era medo o que eu sentia. Era pavor! Nos poucos minutos que durou a nossa conversa, tentei consultar todos os arquivos da minha memória em busca de resposta adequada, o melhor encaminhamento a ser dado para aquela situação. Me esforçava por lembrar em que aula ou momento eu havia *aprendido esse conteúdo*, ou em como lidar com essas situações. E nada encontrava, era puro vazio.

Pude então perceber que a médica já não estava mais ali, sequer tinha encontrado um espaço para atuar. Sobrou a pessoa. A minha e a dele. E foi com um resto de força que balbuciei infantil resposta. Com a boca seca, lhe pedi que voltasse no dia seguinte, no mesmo horário. Eu ia perguntar pra minha professora como deveria encaminhar essa demanda e lhe traria a resposta. Foi exatamente o que eu disse e fiz.

A Dra. Maria Patelli, que fora minha professora de moléstias infectocontagiosas (MI), com a qual eu tenho grande empatia, me socorreu naquele momento com orientação precisa. Em resumo recomendava que eu estabelecesse um bom vínculo, na tentativa de aumentar a aderência dele ao serviço. Se isso fosse conquistado, poderíamos tratar algumas intercorrências, as doenças oportunistas ou outras que o debilitassem. Poderíamos ainda, buscar apoio psicológico para ele e familiares, fornecer orientações com relação à evolução da doença, além de contatar os parceiros sexuais e/ou os da roda de drogas.

Por ora é o que podíamos fazer. Dar tempo ao tempo na expectativa de que a ciência ampliasse essas possibilidades.

Essa era a resposta possível.

Ele, Luiz Henrique¹, é o meu primeiro cliente infectado pelo vírus da AIDS.

¹ Esse é o seu primeiro nome. Pensei em usar um nome fictício, mas a força dele é tão grande e significativa, que cuidei em não revelar o seu sobrenome, guardando assim os preceitos da ética e do meu sempre respeito a ele.

As pessoas contaminadas no Brasil eram poucas e recentes, a desinformação e a absoluta ausência de respostas era mundial. Não havia o que fazer, pelo menos do ponto de vista do modelo biomédico que é aquele que toma o corpo humano como a:

“...uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças; a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, que são estudados do ponto de vista da biologia celular e molecular; o papel dos médicos é intervir física ou quimicamente, para consertar o defeito no funcionamento de um específico mecanismo enguiçado.”
(Capra, 2000, p.116)

Observar, descrever, discutir, trocar informações, eram os verbos possíveis de serem conjugados entre a comunidade médica, naquele momento.

A doença era fatal, isso era sabido, mas não era possível prever o tempo de sobrevivência e tampouco o que propor a essa vida.

Como foi difícil encontrar os meus olhos para encarar os olhos do Luiz Henrique e reafirmar o diagnóstico. Tudo que eu tinha a oferecer era exatamente nada (do ponto de vista médico). Desta vez, convidei-o a entrar no consultório e conversamos calma e fraternalmente. Relembro sua expressão e recordo minhas palavras: *Eu não vou deixar você sozinho nessa caminhada.*

Fizemos um pacto, uma proposta humana e solidária. Ele ia segurar a barra o quanto desse (diminuir o consumo de drogas injetáveis, cuidar-se mais, dentro do que era possível) e eu estaria ali sem crítica, sem sermão, pra necessidade que *pintasse* (era o termo utilizado por ele, quando precisava de alguma coisa), ao mesmo tempo que eu procuraria me atualizar, junto aos especialistas, na literatura, enfim, nos recursos mais atuais e disponíveis a serem utilizados.

Mas, naquele momento, muito mais do que da ciência, me valia da minha intuição, até então não considerada como recurso propedêutico.

Luz, (2000), fala sobre isso:

“Aos poucos, vai predominando esse tipo de conhecimento que, embora pareça não é meramente intuitivo. Na verdade, é constituído de raciocínios sintéticos, em que a dedução resulta de acúmulo de experiências singulares de observação, formando o acervo de conhecimento médico. Mas isto nada tem a ver com um conhecimento analítico e generalizante. Trata-se de outra forma de procedimento lógico e epistemológico, na qual a escolha da terapêutica depende também da relação entre médico e paciente, irredutível à ciência e à racionalidade científica.” (p. 18)

Capra (2000), reforça positivamente a minha atitude quando escreve:

“A reação psicológica do paciente ao médico é uma parte importante, de toda e qualquer terapia. Induzir a paz de espírito e a confiança no processo de cura sempre foi uma finalidade primordial do encontro terapêutico entre médico e paciente, e é bem conhecido dos médicos que isso é usualmente feito de maneira intuitiva, nada tendo a ver com a habilidade técnica.” (p.135)

Assim, intuitivamente, fui procurando caminhos para cristalizar o nosso vínculo, primeiramente o pessoa-pessoa, e o médica-cliente como consequência do anterior. Optei por não usar discursos do tipo, *sai dessa vida rapaz, você esta se matando*, me colocando muito mais numa posição de ouvi-lo, muito atentamente.

As questões postas por ele eram tão fortes que qualquer fala minha seria secundária, em nada acrescentaria (hoje parece óbvio).

Demonstrar, através da minha atitude, de estar de fato ali para ajudá-lo, de forma inteira, afetivamente e *sem fachadas*, tornando-me assim, *confiável*. (Faria, 1984, p.23). Em capítulo próprio veremos como esses atributos estão relacionados à atitude do terapeuta e do professor, descritos como *autenticidade* ou *congruência* por Carl Rogers.

Para Bogdan e Biklen: *Os sentimentos são um importante veículo para estabelecer uma relação e para julgar as perspectivas dos sujeitos. Não se*

pode reprimir sentimentos. (1994, p.131) Eu não os reprimi, deixei que eles aflorassem e de certa forma conduzissem algumas decisões.

Apesar dos esforços genuínos em buscar caminhos, persistia a sensação implacável da minha consciência a me perguntar: - *você está fazendo o melhor que pode?*

Nos quase dez anos que se seguiram, foram muitas as conversas. Numa delas ele me revela que se eu viesse com um *papo encanado* (que eu traduzia por conversa formal, cheia de conselhos), ele teria *saltado fora* (não faria vínculo), *logo de cara* (no início). Esse retorno de certa forma me trouxe um dado positivo quanto a confiar na minha intuição valorizada pela orientação técnica da minha professora.

Se o vínculo não se constituísse de forma sólida, inviabilizaria qualquer ação posterior. Não haveria relação médico-paciente (leia-se cliente), pilar fundamental na sustentação da prática médica.

Warth (1998, p.95.), escreve a esse respeito:

“A relação médico-paciente é a unidade primordial da assistência à saúde. A maneira como o médico atende a seus pacientes é, antes de tudo, o produto dos modelos adquiridos ao longo de sua formação. O paciente só se sentirá bem cuidado quando identificar que o médico conhece o seu caso, ainda que este, de fato, pouca ou vaga noção tenha da fisiopatologia do processo.”

Eu me sinto perfeitamente enquadrada nesse texto. Essa experiência reforçava ainda mais, a minha “aposta” na relação médico-paciente (cliente) afetiva e através dela a conquista do efetivo e conseqüente vínculo entre esses seres humanos.

Durante esses anos, intercalaram-se várias internações ora em hospitais ora em distritos policiais (roubar/comprar droga). Febres, tosse e ferimentos, nos proporcionavam encontros freqüentes. Entre os procedimentos técnicos, rolavam longas conversas, que me faziam ver e entender o seu complexo mundo.

Quanto eu me vi e revi nesse período!

Foi como consequência desse vínculo, que outro fato vai tomar a cena. O Luiz Henrique divulga o meu nome entre seus *pares*, como a *médica limpeza* (que atende sem sermão e sem preconceito). Em pouco tempo, tínhamos vários “Luis Henriques” no centro de saúde, e não há mais resistência em acolhê-los, porque eles passaram a ser *meus*! A equipe, muito perspicaz, me dá o apelido de *médica dos meninos*.

Considero ter sido esse o maior título de especialista que eu recebi.

São tantas as histórias, e a vontade de continuar contando é grande, mas foge do propósito inicial. Fica pra uma outra ocasião.

Voltando então, para a questão central, ou seja a definição do problema, proponho chamar o relato anterior de **primeiro descritor** do problema.

Esse período é marcado principalmente, pela constituição recíproca entre o *eu* pessoal e o *eu* profissional, ou seja, a maneira *como fui fazendo com o que fizeram de mim*. (Fontana, 1997, p.52)

Dessa experiência, nasce a imensa curiosidade de observar o ato médico.

A escolha do ato médico como objeto de atenção, mesmo que empiricamente, encontra-se repleto das lembranças do primeiro encontro entre eu e o Luís Henrique, do aprendizado e sentimentos experimentados com aquela relação.

O ato médico é difícil de conceituar, principalmente em razão do aparecimento cada vez mais numeroso de novas técnicas e conhecimentos nessa área (Araújo, 1999, p. 28), mas mesmo sendo extensivo a outras ações em saúde, *é sempre uma interação: uma relação entre duas pessoas*. (Schraiber, 1997, p.123)

Por essa razão o elejo como foco principal de atenção, momento singular do encontro entre a pessoa do médico e a pessoa do cliente. Seres Humanos.

Quando eu falo do ato médico, não me refiro apenas ao aspecto técnico, profissional, do óbvio. Desejo refletir sobre o universo que também se senta frente a frente, e a relação que se estabelece, representada num simples traço, o hífen, que graficamente representa toda a força dessa relação, no caso, médico-cliente.

A questão colocada então não é nem o médico de um lado, que como profissão esta *intrinsecamente vinculada à idéia de uma atividade humana* (Machado, 1997, p.21) e *que mais do qualquer outro profissional, tem um compromisso com a busca de proteção e preservação da vida* (Dallari, 1998, p.34), nem do cliente por outro.

Cruz descreve esse pólo da relação como:

“...o paciente: não só um corpo, um homem. Não só um homem: um universo singular. Não um animal de laboratório, cujas variáveis, você, sem muita dificuldade, controla e, de certo modo, uniformiza. O homem, herdeiro que Deus fez do pó das estrelas desde que Sua força transcendente ocasionou a grande expansão, vem como fruto das gerações que o antecederam e resultado de todos os fatores que, entrelaçados, escreveram sua história de vida. Cada um original, até semelhante, mas não cópia, adaptando-se do ventre materno até chegar à frente do familiar, amigo ou desconhecido, ou da mesinha do doutor do SUS, com o seu modo peculiar de ser, com seu jeito de se apresentar, falar, temer, amar, que pode ser tão diferente quão diferente é o seu universo interior. Chega com sua personalidade e sua modalidade relacional própria, que, muitas vezes, pode surpreender o médico, que também carrega impresso em si todo um mundo característico de ser, sentir e se comportar.” (1997, p. 22)

A relação médico-paciente (cliente) é uma raiz insofismável da prática médica. *Em tempos idos, praticamente sem equipamentos diagnósticos e terapêuticos, o sucesso do médico dependia principalmente de uma boa relação médico-paciente.* (Marcondes, 1999, p.114)

As cenas de atos médicos que observo me chamam a atenção, e me impressionam de tal forma que fazem surgir um sentimento que a princípio eu nomeio de *sensação de incompletude*.

O que dá origem a esse sentimento? Por que a incômoda sensação de que algo está faltando?. *Quem se indaga é incompleto*, no dizer de Lispector². Eu me sinto assim, incompleta, e a indagar o porquê dos porquês, com o entusiasmo de uma criança.

Na concepção dos psicólogos humanistas, “o homem é permanentemente inacabado e vive em processo de constante recriação de si próprio na busca da auto-realização e do uso pleno de suas potencialidades.” (Czeresnia, 1995, p.87)

Por algum tempo isso me conforta, aceito o papel de caçadora de completude, e consigo conviver bem com a ausência de resposta para as minhas questões. Se ainda não é possível problematizar essa *estranheza* (não consigo descrevê-la) é porque ainda não há clareza suficiente. E como dizem os teóricos do planejamento, se você não é capaz de descrever o problema, é porque ele ainda não é um problema de verdade.

O desafio estava posto, o problema do problema³ era formulá-lo, para isso eu precisava apurar o meu olhar e buscar outros argumentos no fato gerador da *estranheza*: o ato médico, “a dimensão da vida prática e do cotidiano da medicina.” (Schraiber, 1997, p.123)

Estrategicamente, passo a observar o ato médico, guardando uma certa distância que me permitiu “ver” e “ouvir” para além do aspecto da prática assistencial ou da ação de docente nesta situação. O afastamento possibilitou teorizar sobre essa experiência, e com ela aprendi a produzir mais perguntas e a me movimentar no sentido de sistematizá-las. Aos poucos, esse exercício, vai tomando forma de problema, possível de ser enunciado.

² Lispector, Clarice. A Hora da Estrela. Rio de Janeiro: Ed. Record, 1996, p.36

³ “O problema é um fato ou fenômeno que ainda não possui resposta ou explicação. Trata-se de uma questão ainda sem solução e que é objetivo de discussão, em qualquer área de domínio do conhecimento.” (Oliveira, 1997, p. 106)

Essa atitude passou a ser quase que um jogo diário de observar, refletir e enunciar explicações plausíveis, sobre a singularidade desse encontro de pessoas. Mas era só isso.

Só recentemente pude constatar que essa atitude *não era só isso!*

Lendo uma retrospectiva da vida de Carl Rogers me deparo com o relato de sua trajetória que dá início a toda a sua sistematização teórica que ele descreve como:

“Permitam-me que volte agora a outros aspectos fundamentais que captei e que se referem, em menor grau, às relações, e que têm mais a ver com as minhas próprias acções e valores. O primeiro exprime-se de uma maneira muito breve: *posso ter confiança na minha experiência.*

Um dos princípios fundamentais que levei muito tempo a reconhecer e que continuo ainda a aprofundar é a descoberta de que, quando *sinto* que uma actividade é boa e que vale a pena prosseguir-la, *devo* prosseguir-la. Por outras palavras, aprendi que a minha apreciação total <<organísmica>>[♦] de uma situação é mais digna de confiança do que o meu intelecto.” (Rogers, 1961, p.33)

Treinada que fora dentro do modelo biomédico, custo em aceitar que o meu fazer cotidiano era passível de se constituir em produto de pesquisa. Movida muito mais pela intuição do que pela razão, sigo em frente.

Rogers, também me esclarece quando escreve :

“Meus clientes e as pessoas com quem trabalhei em grupos são, inegavelmente, a fonte mais importante. A mina de dados existente nas entrevistas ou nas sessões grupais deixa-me aturdido. Existe, em primeiro lugar, o nível visceral da experiência, que absorve as palavras, os sentimentos e os gestos, que produz seu próprio tipo complexo de aprendizagem, difícil de ser expresso através de palavras. A seguir, temos o recurso de ouvir os intercâmbios registrados pelo gravador. Nele encontramos as seqüências ordenadas que

[♦] o termo *organísmica* é muito freqüente em Rogers, quando este procura significar simultaneamente a realidade anímica e orgânica em interacção com o meio ambiente. Neste conceito concentram os diversos aspectos que integram a totalidade biopsíquica do indivíduo – N.T.

se perderam no fluxo da experiência. Nele também estão registrados os matizes de inflexão, as frases interrompidas, as pausas e os suspiros que também foram parcialmente perdidos. (...) Não conheço melhor maneira de combinar a aprendizagem vivencial profunda com as aprendizagens teóricas e cognitivas mais abstratas, além dos três passos que mencionei: viver totalmente a experiência, reouvi-la de forma vivencial-cognitiva e estudá-la mais uma vez, tendo em vista todas as pistas intelectuais.” (Rogers, 1977, p.40)

Talvez isso explique a resistência interna em escrever, acarretando um longo período de silêncio, e mesmo de me apresentar à pós-graduação. Primeiro por desacreditar que o meu cotidiano, vivido tão solitariamente num centro de saúde da periferia, questionado apenas entre meus botões, pudesse se constituir num objeto de investigação. Segundo porque eu não conseguia formular o problema de forma a me fazer entender. Como era que eu ia bater às portas da academia com apenas uma “estranheza” e pedir ajuda?

Rogers confessa:

“Durante toda a minha vida profissional fui levado a seguir direções que pareciam ridículas aos outros e sobre as quais eu próprio tinha muitas dúvidas. Mas nunca me lamentei seguir direções que eu <<sentia serem boas>>, mesmo se frequentemente experimentasse por algum tempo uma sensação de isolamento ou de ridículo” (1961, p.33)

Não posso deixar de traçar um paralelo entre o relato de Rogers e a minha experiência pessoal. Estendo também esse paralelo para o que acontece com os clientes que não conseguem formular uma queixa coerente com alguma doença conhecida. Se sinais e sintomas não são compatíveis com a classificação das patologias, eles (médicos) simplesmente não te reconhecem. O mesmo acontece com esse caminhar na universidade. Se você não enuncia o seu objeto

de pesquisa claramente, ela simplesmente não te reconhece. O mundo pra mim, nesse pensar, se compara a um imenso ídex.

Cunha contribui para elucidar essa questão quando escreve:

“É importante, também, entender a relação dialética que se estabelece entre a narrativa e a experiência. Foi preciso algum tempo para construirmos a idéia de que assim como a experiência produz discurso, este também produz experiência. Há um processo dialético nesta relação que provoca mútuas influências.” (1998, p.40)

Superando barreiras, vou aos poucos me permitindo acreditar no meu saber-fazer diário como objeto de estudo. A prática com esta experiência tem mostrado o quanto temos dificuldade de falar/escrever sobre o vivido. *Além disso, a construção da idéia de que o saber cotidiano distanciando-se do conhecimento científico, também foi responsável pela não exploração desta histórica forma de construir informações.* (Cunha, 1998, p.40)

Mas, voltemos ao ato médico.

A cena mais freqüente que eu observava, resume-se num encontro cordial, um esboço de sorriso, um aperto de mão. Gesto automático, polido, formal.

De um lado o médico com uma certa ansiedade em ir direto aos fatos. Do outro, o cliente, apreensivo, um quase desconforto pela situação.

Perguntas padronizadas (coleta da história pregressa da moléstia atual - HPMA), respostas hesitantes, tentando *adivinhar* qual será a melhor resposta, dado que o questionamento considera como foco a doença e não a pessoa. Exame físico, hipóteses diagnósticas, condutas.

Quando o quadro preenchia academicamente esse ritual, ou seja, estava de acordo com os preceitos do modelo biomédico, a sensação de *estranheza* não aparecia de forma tão marcante. Mas, se os sinais e sintomas persistiam em não obedecer ao compêndio médico, a *estranheza* sobrevinha com força total.

“De acordo com o modelo biomédico, **somente o médico** (grifo meu) sabe o que é importante para a saúde do indivíduo, e só ele pode fazer qualquer coisa a respeito disso, porque todo conhecimento acerca da saúde é racional, científico, baseado na observação objetiva de dados clínicos. Assim os testes de laboratório e a medição de parâmetros físicos na sala de exames são geralmente considerados mais importantes para o diagnóstico do que a avaliação do estado emocional, da história familiar ou da situação social do paciente.” (Capra, 2000, p.150)

Ainda para Capra (op.cit.), a saúde tem muitas dimensões, todas decorrentes da complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana.

Mas o médico não é treinado para lidar com esses outros aspectos, e :

“Quando numa mesma realidade cultural, locutor e interlocutor não compartilham códigos simbólicos idênticos (ex.: linguagem médica X linguagem profana, enunciação técnica X enunciação amadorística), ocorre um verdadeiro distanciamento a partir da verbalização das emoções do locutor e das suas sensações, que revelarão as diferenças nos níveis das sub-culturas, (...) (Chammé, 1994, p.33)

Quando esse distanciamento ocorre de fato, inviabiliza a possibilidade de diálogo conseqüente e observa-se que:

“No processo de redução da enfermidade à doença, a atenção dos médicos desviou-se do **paciente como pessoa total** (grifo meu). Enquanto a enfermidade é uma condição do ser humano total, a doença é a condição de uma determinada parte do corpo; e em vez de tratarem pacientes que estão enfermos, os médicos concentraram-se no tratamento de suas doenças.”
(Capra, 2000, p. 144)

E se não há doença:

“De acordo com o ponto de vista biomédico, se não existe enfermidade, não havendo assim, **nenhuma justificação para o cuidado médico** (grifo meu), quando não

são encontradas alterações estruturais ou bioquímicas características de uma doença específica. Mas a experiência clínica tem demonstrado que uma pessoa pode estar enferma mesmo sem apresentar qualquer doença. Metade das consultas aos médicos é de pessoas com queixas que não podem ser associadas a qualquer distúrbio fisiológico.”(Capra,op. cit)

É importante salientar que aos médicos também é dado o poder de definir, o que é saúde e o que é doença. (Machado, 1997)

Agora a cena estava mais completa, a *estranheza*, estava próxima de ser identificada.

Assistira alunos e colegas atenderem seus pacientes com cortesia, às vezes até com carinho e disponibilizando ao máximo suas competências técnicas e saberes científicos.

Mas ainda faltava algo, e a sensação de *incompletude* persistia. Não observava a existência de um componente mais forte, que marcasse esse momento como um encontro entre seres humanos. É preciso lembrar que nesse momento, freqüentemente estão presentes a dor e a subjetividade em viver essa dor.

Acolher a pessoa enferma é imprescindível para que ela possa vivenciar com segurança esses sentimentos. Fenômenos como regressão, ou seja, *o ressurgimento de sentimentos ligados a vivências de desamparo, medo e dor, como as vividas na infância, e a necessidade de ser cuidado por alguém dotado de especial capacidade de empatia e poder de proteção (grifo meu), tal como foi a mãe ou sua substituta.* (Rios, 1999, p.14) são freqüentes e freqüentemente não o são percebidos/recebidos.

É Cruz que chama a atenção para a assimetria e desigualdade presentes nessa relação:

“se não estivermos atentos, podem ocorrer desrespeito e abuso de poder: com o paciente se não lhe perguntarem o que pensa de sua situação, descuidando-se do homem por trás do sintoma.” (1997. p.23)

Como lidar com a pessoa do cliente que não se enquadra na classificação das doenças descritas?

O que fazer com a pessoa do cliente que a despeito do diagnóstico de doença fatal, ainda vive?

Encaminhamos o cliente, ele não é mais **caso** nosso?

Referenciamos o **caso** aos psicólogos, religiosos, terapeutas alternativos?

E o vínculo que se espera já estabelecido com a pessoa/vida do nosso cliente?

Termina? Transfere, se abdica?

Como adjetivar aquele comportamento cordial observado no ato médico, humano?

Pró forma? Protocolo?

Lembro as vozes metálicas das secretárias eletrônicas. Elas são programadas para serem cordiais, no entanto não são humanas. Ou seja, é preciso mais do que isso para caracterizar atos médicos (humanos!), “*a máquina abraça e refrigera o homem, o clínico abraça e aquece o paciente.*” (Macruz, 1998, p.26) Mais do que abraçar, aquece! É diferente, faz toda a diferença, tem intencionalidade, é humano.

A sociedade em geral, manifesta seu descontentamento, e está cada vez mais insatisfeita com a atual forma de atendimento médico, “*dando-se conta de que ele, infelizmente, gerou custos exorbitantes sem melhorar de forma significativa a saúde do povo, e queixando-se de que os médicos tratam as doenças mas não estão interessados nos pacientes.*” (Capra, 2000, p131)

Um diálogo entre as personagens do filme Um Médico Irreverente (1989), ilustra esse questionar e me faz refletir. A cena se passa entre uma professora de anatomia, de muito prestígio, que se encontra doente e desenganaada e um aluno do primeiro ano, famoso pela sua irreverência.

Parte do diálogo é assim:

“Dra. Raquel: ...médicos brilhantes e com mentes para a medicina e corações para quê? Bens imobiliários? Queria saber o que eles diriam para um paciente solitário e aterrorizado que agarra a mão deles e diz: *Pode me explicar isso? Pode ajudar-me a aceitar isso? Pode sentar-se comigo para que eu não me sinta tão só?* Aposto que nada diriam... Pois não lhes ensinei!

Aluno Joe: Não é sua responsabilidade!

Dra. Rachel: Não? De quem é?
Formei médicos! As pessoas precisam de quem as cure. Entende?”

“Embora provoquem o estresse, as escolas de medicina não se preocupam em ensinar a seus estudantes como enfrentá-lo.(...) Como eles são treinados para usar um modelo de saúde e de doença em que as **forças emocionais** (grifo meu) não desempenham papel algum, são propensas a ignorá-las em sua própria vida. (...) A educação e a prática médica perpetuam atitudes e os padrões de comportamento de um sistema de valores que desempenha um importante papel na **causa** (grifo meu) de muitas enfermidades que a medicina pretende curar..” (Capra, 2000, p. 140)

Eu diria que as escolas de medicina não se preocupam em ensinar questões mais amplas, incorporando questões do domínio afetivo e comportamental.

Aqui, fica bem marcado um grande paradoxo, pois se “a medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade” (Código de Ética Médica), em que momento da graduação ou onde é que se ensina a lidar com essa complexidade, ou seja, para além do corpo e da dimensão física (e doente), mas também com os aspectos psicológicos e sociais da natureza humana?

Foi ouvindo, lendo, refletindo e procurando respostas para tantas dúvidas (de novo a *incompletude!*) que consigo formular o primeiro rascunho de projeto com vistas à pós-graduação.

Ainda muito confuso, disfarçado na linguagem do *medicinês*, utilizo a doença – a AIDS, como tema de pesquisa.

“O complexo sociocultural da AIDS e os meios pelos quais esta patologia se difunde entre os seres humanos, conferem-lhe uma aura que a diferencia das demais enfermidades. A AIDS invoca estigmas, tabus, conceitos culturais e situações clínicas que nos obrigam a buscar respostas e adaptações muito particulares para esse embricado quebra-cabeças.” (Gomes, 1996, p.1)

Era a primeira tentativa. Tento avaliar como os estudantes de medicina mesmo tendo acesso a informações específicas da doença e portanto da prevenção, ainda mantém comportamentos de risco, particularmente no que se refere a sexo seguro. Embora pareça contraditório, foi a forma que encontrei, para tentar organizar algumas idéias e ao mesmo tempo me fazer entender, pensando, ainda, dentro do universo da medicina. De certa forma, eu conseguia dar um direcionamento para a compreensão de aspectos pertinentes aos demais domínios da complexidade humana, caminhando um pouco além da dimensão biológica.

Insatisfeita com o resultado conseguido, troco idéias, ou melhor, desabafo com uma amiga⁴, na busca de preencher esse vazio. Foi assim, entre conversas informais e os passos largos da caminhada ao redor da lagoa⁵, que recebo a grande dica: “*teu lugar é na psicologia*”.

⁴ a amiga é Ivone Panhoca, professora doutorada pelo IEL - Unicamp. É ela que vai aos poucos deslocando o meu olhar da Ciência Médica para Ciências Humanas.

⁵ Parque Portugal, mais conhecida como lagoa do Taquaral. Lugar aprazível e ponto de encontro das pessoas para práticas esportivas da cidade de Campinas.

Essa fala era o fio que faltava para alinhar os meus retalhos. Reconheço que até então, eu só me via dentro do espaço da medicina, como se não fora possível encontrar ciência para além de seus muros. *“O médico moderno, vivendo o apogeu da sua ciência, encontra-se compreensivelmente extasiado com o próprio sucesso. O temível é que, mais do que extasiados, estejamos também sendo ofuscados pelo prestígio da nossa boa ciência”* (Rigatto, 199, p.28)

De posse do anteprojeto já descrito, ingresso na pós-graduação da psicologia escolar.

Termina aqui o que eu chamo de **segundo descritor** do problema. Ele se caracteriza pela atitude espontânea, pela busca ainda imatura, de respostas às questões, e por alguns encaminhamentos concretos.

Quando retorno aos bancos universitários, a discussão sobre reforma curricular, provão, CINAEM, são as falas dominantes. Hoje penso que não haveria hora mais adequada para esse retorno. É no bojo dessa temática que entro em contato com textos, palestras, congressos, que abordam como temas centrais a necessidade de reflexão e propostas de mudanças no processo de formação da escola médica, visto que o esgotamento do modelo tradicional (biomédico) é visível e já não encontra mais sustentação na sua argumentação.

Encontrar de alguma forma, respaldo teórico para meus questionamentos, já produziu um imenso resultado. Cursar disciplinas, receber orientação, entrar em contato com as referências bibliográficas, vão produzindo sistemática transformação do meu olhar.

A oportunidade de organizar minhas idéias, divulgá-las, ouvir críticas me proporcionam uma agradável sensação, a de não estar tão só.

Muito fascinada pela efervescência das discussões, não perco nenhuma oportunidade de me enveredar nesse universo.

Nessa altura, muito mais do que subsídios teóricos e argumentações para os meus estudos, eu já estava absolutamente apaixonada pelo tema, a formação médica.

O meu dia-a-dia de docente, estava enriquecido por essas discussões, e a oportunidade de refletir sobre a minha prática e o papel do docente nessa mudança, foram muito importantes como fatores de estímulo.

“Nenhuma outra profissão ou carreira foi tão analisada, e de forma científica, nos últimos 10 anos, quanto a medicina”. (Sinética, 2000, p.8)

Na última década a CINAEM – Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico, ao tomar a iniciativa de avaliar profundamente as escolas médicas e propor, não mais reformas, mas verdadeiras transformações no ensino de medicina, constitui-se num movimento social dentro da história da educação médica brasileira. E os resultados desta avaliação estão abertos à sociedade que passou a conhecer como são formados os médicos no país, quais são suas deficiências, como encontram-se as escolas médicas, como são os profissionais que respondem por essa formação, e essa abertura garante, de certa forma, a possibilidade de intervir nessa proposta.

A CINAEM⁶, traz como parte dos resultados de seus trabalhos, o enfoque na questão da docência, como um dos mais difíceis, mas também mais eficazes elementos a serem investidos no sentido da transformação da escola médica.

Dados preliminares apontam que os recursos humanos nas escolas médicas são escassos, pouco preparadores para a docência e com regime de trabalho predominante de 20 ou menos horas semanais, insuficiente às necessidades do ensino médico.

Por outro lado, a avaliação das habilidades e atitudes dos alunos revelam uma deficiência para procedimentos comuns ao processo médico cotidiano ao lado de um crescimento cognitivo muito lento, chegando apenas a 50% do desejável no final do curso. (Sinética, 2000)

O que há de mais comum entre a CINAEM e os demais segmentos envolvidos com a educação médica, é o discurso muito forte, presente freqüentemente nas falas, documentos, congressos, nos diferentes níveis, internacionais, nacionais, estaduais, regionais, que parecem apontar para um

⁶ www.cianem.org.br/ - comissão interinstitucional nacional de avaliação do ensino médico

consenso: falta humanismo ou... há desumanização no jeito de ser, ensinar e fazer medicina!

Era o elo que faltava. Era essa a questão. Faltava humanismo.

Em termos populares *eu me acho!*

“Humanização é o assunto do momento. Unânicos concordamos com a relevância desse assunto na prática de consultórios, na internação hospitalar, na educação médica, nas relações interpessoais. Humanos que somos, humanos exacerbados, visto que somos médicos, a humanização deveria transpirar em cada um de nós: muito mais que em nossas palavras, sobretudo em cada um de nossos atos.” (Amaral, 2000, p.2)

Porém,

“Ao mesmo tempo que o avanço da ciência médica aumentou nossa capacidade de intervir na evolução natural do ciclo vital criou sérios problemas de desumanização das práticas médicas, que as profissões de saúde e a sociedade como um todo vêm tentando resolver.” (Chaves, 1996, p.25)

Os alunos de medicina, *“muitas vezes apresentam-se despreparados para exercer futuramente a medicina, pois têm a formação centrada no saber fragmentado, desumanizado e fora do contexto.”* (Parizi, 2000, p.7)

Segundo Rios (1999), a medicina moderna tratou de expropriar tudo que não pudesse ser comprovado dentro do método científico, *“abstraindo-se da realidade complexa do viver humano e circunscrevendo o seu objeto de estudo no corpo físico, despido das dimensões política, social psíquica e religiosa.”* (p.12)

Batista (1998), completa, listando as várias conseqüências da “moderna” medicina:

“dissociação corpo-mente, ênfase limitada ao processo saúde-doença, tendência à especialização precoce, concepção reducionista da doença a uma entidade estática, pouco aporte

das ciências humanas no processo de formação, dicotomias básico-clínicas, clínico-epidemiológicas e curativo-preventivas, desumanização no atendimento.”(p.38)

A tônica predominante nos congressos de educação médica tem sido a “preocupação com a qualidade total, reavaliação do ensino médico, que inclui visão humanística e postura ética.” (Cruz, 1997, p. 23)

A década de 80, impulsionada pelos debates acerca da Educação Médica, em todo o mundo, procura o equilíbrio entre quantidade e qualidade. “A Declaração de Edimburgo, resultado da Conferência Mundial sobre Educação Médica de 1988, aponta, como desafio para os anos 90, uma reforma na Educação Médica compromissada com ação, liderança e decisão política.” (Batista, 1998, p.32)

O século XX tratou de produzir uma curiosidade, desenvolveu e globalizou tecnologias e máquinas com características humanas. Haja vista as inúmeras engenhocas que “falam” com a gente, de maneira humanizada. Portões automáticos que reconhecem a nossa voz, secretárias eletrônicas, computadores. Será que não nos mecanizamos nesse processo?

Se a medicina desumanizou, o que ficou no seu lugar? É constrangedor pensar que podemos estar *ensinando* a desumanização, da mesma forma que tenhamos que pensar em ensinar “aos alunos a ser gente...algo tão básico. Mas se tal ensinamento se faz necessário é porque em algum momento da nossa caminhada perdemos de vista este aspecto.” Dowbor (1998, p.34)

Na busca de recuperar algumas definições, procuro no dicionário: “Humanização: S.f. Ato ou efeito de humanizar (-se), que por sua vez quer dizer tornar humano, dar condição humana a ...”

Estamos dando condição humana aos nossos alunos? Produzimos um modelo nessa direção, reproduzível? Sabemos fazer isso? É a tecnologia a responsável pela nossa desumanização? “Sem dúvida a tecnologia é desejável e necessária, milhões de pessoas hoje estão vivas graças à tecnologia médica.” (Marcondes, 1999, p. 114), mas em sua função, deixaremos de ser humanos?

Humanização *versus* desumanização, relação médico-paciente *versus* tecnologia médica. É preciso reconciliar a tecnologia com o humanismo e parte dessa tarefa certamente compete a nós, professores, humanos. (Marcondes, op.cit.)

“Tão propalada nos discursos, a humanização da medicina requer a atenção de pesquisadores, docentes e estudantes. Requer ação interativa-criativa daqueles que exercem para superar os desafios impostos pelo limite do “saber-fazer-a-medicina-que-praticamos” e do desejo de viver com autonomia.” (Santos, 2000, p.2)

Posso, então, com grande alívio chamar essa fase de **terceiro descritor** do problema caracterizado pela sensação de *completeude* (momentânea!) e aumento da inquietude (é humano!).

A *estranheza* já não é mais apenas um sentimento inexplicável. Na verdade o que faltava estar presente no ato médico que eu tão ansiosamente procurava encontrar pode ser entendida como, *dar condição humana a...a ser humano*, simplesmente.

Dar condição humana aos nossos alunos, aos nossos pacientes, a nós mesmos, de podermos expressar nossos sentimentos, nossa existência, de forma espontânea, sem que necessariamente esteja classificada em algum catálogo. Não é possível prescindir das relações entre as pessoas e das características humanas principalmente quando elas são a razão (em oposição a palavra objeto) e a especificidade da nossa profissão.

1.3 Das questões aos objetivos de pesquisa

Feliz por ter respondido parte das minhas inquietações, me vejo novamente emaranhada por tantas outras questões: será que esse *humano* que eu encontrei tem o mesmo significado desse que se tem falado? Por que o humanismo é tão enfatizado neste momento pela educação médica? De que humanismo se fala quando afirma-se que o médico deve ter uma formação humanista?

Considerando o meu percurso como professora, médica e mestranda, hoje agrego a essas questões um pensar sobre a psicologia humanista e proponho apreender possíveis contribuições desta corrente, como subsídio para as práticas de formação dos futuros médicos.

2. HUMANISMO: A OPÇÃO POR CARL ROGERS

2.1 Humanismo: primeiras aproximações teóricas

“O ser humano não nasce nem ético nem competente para as funções sociais, pois tanto uma quanto a outra serão incorporadas no processo de humanização que cada pessoa deverá percorrer.”

Cláudio Cohen

Este capítulo pretende incursionar, num âmbito inicial, pelos sentidos da expressão humanismo e de seus possíveis significados encontrado tanto nos dicionários, quanto nos livros das ciências humanas e biológicas e mesmo em diferentes publicações, que de alguma forma abordam o tema. Trata-se apenas de um breve registro com a intenção de recuperar parte das opções feitas que me possibilitou caminhar na direção da psicologia humanista e desta para o autor de referência deste trabalho – Carl Rogers.

Humanismo, humanista, humano, homem. Antes mesmo de abordar os possíveis significados que estas palavras tem e trazem para a formação e exercício da medicina, julgo ser pertinente recuperá-las em alguns dos seus outros tempos e espaços históricos.

Humanismo. Fonema democrático, tal como uma amálgama, é capaz de se inserir, qualificar, unir e estar presente no nosso cotidiano, nas mais diversas apresentações, quase como uma aclamação.

É a fila do banco que se torna humanizada por dar preferência a idosos e gestantes, são as comissões dos direitos humanos defendendo a humanização dos presídios, são os voluntários visitando orfanatos, asilos, humanizando esses ambientes, ONGs humanizado o atendimento dentro de seus segmentos, enfim, os exemplos seriam muitos.

Nesse início de século, essa expressão parece estar na “moda”, *possivelmente porque as coisas estão desumanizadas* (Campos, 2001, p.12). Há então, um primeiro paradoxo, como se desumaniza ações ou atos realizados pelo ser humano? Atitudes humanas não seriam por si só humanizadas?

Humanização soa então, como se fora o elo perdido das relações humanas, adjetivo sem o qual, não nos diferenciaríamos dos outros animais. Talvez porque existam,

“pessoas que não vivem como seres humanos e, sim, dentro de uma categoria indefinida de seres vivos, aqueles que não comem, não trabalham, não sonham, não choram, não pedem, não existem...” (Sintética - Editorial , 2001, p.3)

Por outro lado,

“Não é preciso divagar para saber o significado de uma palavra tão familiar, humanização. Pelo dicionário, é o mesmo que o ato ou efeito de humanizar, que por sua vez, corresponde a tornar humano, tornar tratável, civilizar. Humano? Todos nós nascemos sob essa classificação: humano. Ao pé da letra: adjetivo próprio do homem; relativo ao homem; bondosos; humanitário.” (op. cit.)

Divagar não é preciso, mas são tantos os significados atribuídos a essa expressão, e as declinações que dela emergem neste movimento de sistematização conceitual, que defendo uma retomada investigativa mais acirrada.

Recorro, inicialmente, ao moderno dicionário digital de Koogan-Houaiss, que traz:

HUMANISMO s.m. Doutrina que tem por objeto o desenvolvimento das qualidades do homem. / Doutrina dos humanistas do Renascimento, que reabilitaram as línguas e

literaturas antigas. / Filosofia que tem por centro de suas preocupações não idéias abstratas, mas o homem concreto: *o cartesianismo é um humanismo*. - Houve muitas variedades de humanismo, religioso ou não, mas todas concordam em que o homem é o centro de seu estudo. Como afirmou o escritor latino Terêncio há mais de dois mil anos: "Sou um homem e nada humano é estranho para mim". O humanismo prega que todas as pessoas têm dignidade e valor, e, portanto, devem fazer jus ao respeito dos outros homens.

Embora o humanismo se origine da vida e do pensamento da Antiguidade greco-romana, floresceu como movimento histórico na Europa do séc. XIV ao séc. XVI. Sua abordagem do estudo do homem formou a essência intelectual do revivescimento cultural conhecido como *Renascença*. A atitude humanista em relação à vida mantém-se até os dias atuais.

Retomo a mesma seqüência de busca já utilizada e consulto agora o Dicionário Básico de Filosofia (Jupiassu, 1991, p.123), que registra:

Humanismo (do lat. *humanitas*) Movimento intelectual que apareceu no Renascimento. Lutando contra a esclerose da filosofia escolástica e aproveitando-se de um melhor conhecimento da civilização greco-latina, os humanistas se esforçaram por mostrar a dignidade do espírito humano e inauguraram um movimento de confiança na razão e no espírito crítico. Por uma espécie de deslocamento, o termo "humanismo" tomou dois sentidos particulares:

a) na filosofia designa toda doutrina que situa o homem no centro de sua reflexão e se propõe por objetivo procurar os meios de sua realização;

b) na linguagem universitária, designa a idéia segundo a qual toda a formação sólida repousa na cultura clássica (chamada de humanidades).

Numa palavra, o humanismo é a atitude filosófica que faz do homem o valor supremo e que vê nele a medida de todas as coisas."

Em oportunidade privilegiada, pude conversar pessoalmente com o Prof. Dr. Roberto Silveira Pinto de Moura, campineiro, filósofo, psiquiatra. O

nosso encontro aconteceu durante a discussão sobre a reforma curricular do curso de medicina da PUC-Campinas, em 1999. Nessa ocasião pedi que me falasse sobre a sua concepção de humanismo. Obtive a resposta que transcrevo:

“ Eu entendo por humanismo, a busca da compreensão da natureza humana, das suas necessidades fundamentais, biológicas, psicológicas, sociais. Ajudá-lo a realizar nele o que caracteriza uma pessoa humana diferente dos animais. Homem, além dos instintos biológicos, enriquecer seu aparelho psíquico porque ele também possui uma espécie de instinto de espiritualização.”

E considerando que se trata de um adjetivo próprio do homem, convém recuperá-lo conceitualmente. Assim temos:

Homem (lat. *Homo, hominis*) O que é o homem? Seria um objeto real ou apenas uma idéia? Seria uma certa variedade animal, que os antropólogos chamam de *Homo sapiens* ? O fato é que o homem existe no planeta Terra há dezenas de milhares de anos. Hoje em dia, quando se fala da “morte do homem” (M.Foucault), trata-se da idéia ocidental do homem. Essa idéia foi criada pelo Cristianismo e pela antigüidade grego-latina. A Bíblia afirma a posição dominante do homem sobre a natureza (Adão, Noé) e conta a Aliança que o Deus único e criador estabeleceu com uma parte dos descendentes de Adão. Ademais, afirma que o próprio Deus se fez homem para salvar os homens. O fato de o homem relacionar-se com Deus torna-o diferente do resto da natureza. Aos poucos, o pensamento grego elabora a idéia de que o homem é “um animal dotado de razão” (Aristóteles). As duas correntes vão se encontrar na Idade Média, graças aos esforços conceituais da escolástica. Com o Renascimento, há uma reviravolta: a Terra deixa de ser o centro do mundo, gira em torno do sol, descobre-se a existência de outros homens além do oceano, etc. É a época do humanismo, na qual a idéia de homem vai laicizar-se. Utiliza-se a matemática para se descrever e conhecer o mundo (Galileu, Newton). Na dúvida metódica de Descartes, a única evidência que subsiste é o “eu penso, logo existo”. Tudo o que é *pensamento* é reduzido à *extensão* submetida às leis matemáticas da mecânica. Assim, o homem se converte num *ser abstrato*, num mestre do

universo, simplesmente porque sabe que pensa e porque sabe medir a extensão. O prodigioso desabrochar das ciências parecem confirmar essa visão (a * Enciclopédia e a filosofia da Luzes). No século XIX, o homem, *sujeito* do conhecimento desde o século XVII, torna-se *objeto* de conhecimento: começam a nascer as ciências do homem. Darwin situou o homem numa linhagem evolutiva e mostra que ele também é um animal, Marx mostra que os homens não dominam as leis da economia, mas são dominados por elas. A psicologia descobre que o homem está longe de fazer o que quer, de ser o que acredita ser. Abala-se a *idéia* de homem. Questiona-se o cerne mesmo dessa idéia: a *razão*. O que entendemos hoje por *homem*? Afinal, “o que é o homem?”, se perguntava Kant. Se a idéia de homem morreu, nem por isso o *homem* concreto deixou de existir.” (op. cit., p.122)

Neste contexto, instigantes são as palavras de Sgreccia (1996):

“O fenômeno da vida, em seu desdobra-se em formas variadas no mundo, tem o seu vértice na vida do homem: o homem representa, mesmo aos olhos do biólogo e do naturalista, a forma mais rica, mais autônoma, mais ativa da vida, acima do reino dos vivos e no ápice da história natural do universo.” (p.22)

Cabe então assumir a minha conceituação de humanismo, que a apesar de parecer algo muito pretensioso, porque parto da premissa do resgate afetivo das relações humanas, é no que eu realmente acredito e invisto a minha energia. Se humanismo fosse entendido apenas como um atributo relativo ao homem, simplesmente, se comprometeria em todas as suas potencialidades se pensarmos nos “atos humanos” recentes de 11 de setembro de 2001.

Defendo então, a reconstrução do cotidiano, a partir e através da valorização das relações humanas na direção de uma *mudança nos modelos de convivência humana*, (Costa, 1980, p.13), mais solidária e empática.

Embora não seja assim tão simples de se por em prática, são ações factíveis, como por exemplo a de estimular o diálogo entre as pessoas, ou

praticar o exercício, nem sempre fácil mas possível, de se por no lugar do outro, de ver, ouvir e dar vez ao outro, como gostaria de dar a si próprio. E assim, sucessivamente, estabeleceríamos um *continuum*, de construção do bem estar individual e do coletivo, praticando uma atitude de confiança no outro e desse outro receber a reciprocidade. O posto é um desafio do cotidiano, possível de ser realizado principalmente a partir de nossos espaços de vivência, do nosso cotidiano.

No meu caso, os espaços de relações humanas mais freqüentes, se configuram ao redor da prática médica, ou a de docente. Então são essas as relações que privilegio no meu cotidiano, na expectativa que elas sejam reproduzidas em progressão geométrica.

É principalmente sobre esse aspecto que encontro em Carl Rogers pontos de convergência quanto a minha expectativa pessoal e o proposto por esse psicólogo humanista. Assim como ele, defendo a ênfase no sujeito, valorizando o seu subjetivo, e respeitando a busca de sua auto-realização.

A despeito da pretensão da proposta, e das possíveis críticas, me recorro das drásticas mudanças que os planos políticos, econômicos, monetários, entre os mais marcantes modelos, capazes de promover mudanças que impactam a vida dos homens, e que foram capazes de produzir profundas modificações nas relações humanas. Então porque partir da impossibilidade, do não factível, da aceitação da utopia, quando tudo o que se quer é jogar luzes em cima dessa relação, humana, tão essencial.

Talvez por isso, Rogers também tenha sido considerado utópico, *no sentido de que este projeta o nascimento de um novo homem, livre de qualquer opressão* (Costa, 1980, p.9)

“O homem não precisa recorrer a poderes sobre-humanos, divinos, mágicos ou místicos para melhorar a sua situação no mundo. Ele tem dentro de si a capacidade para se proporcionar a Vida Boa e, para que a civilização mundial sobreviva e progrida, cabe ao próprio homem usar criativamente suas capacidades para assegurar tais objetivos.” (Rich, 1975, p. 18)

E por falar em Rogers, é oportuno apresentar a psicologia humanista, referência teórica adotada como orientadora desse trabalho e tema do próximo capítulo.

2.2 Psicologia humanista: a terceira força

A análise dos sentidos e significados atribuídos à chamada formação humanista em medicina, exige a explicitação de uma perspectiva teórica que possibilite ir além das meras constatações, forjando práticas que possibilite avançar de um novo sistema de referência epistemológico, político e cultural.

Assim, nesse tópico procuro apresentar traços históricos da psicologia humanista, entendendo ser este um caminho fecundo para projetar um processo de formação do aluno de medicina que contemple as múltiplas dimensões do *ser* médico.

É preciso então, voltar no tempo, mais precisamente na Antigüidade Clássica, é lá que encontraremos os primeiros filósofos – os sofistas (século IV-III a.C.) - que:

“Foram os primeiros a “descolarem o objeto de especulação do mundo para o homem”. Dão origem então, para o período antropocêntrico que dará uma direção totalmente nova para o pensamento grego (humanismo).”
(Freire, 1997, p.29)

Esse período tem como principal característica a centralidade do homem e o seus interesses. Após os sofistas, os principais representantes serão Sócrates, Platão e Aristóteles.

É Platão que vai propor a existência de dois mundos: um material, do corpo, subordinado aos sentidos e por isso imperfeito. Esse é o mundo da existência. “o homem concreto, individualizado, tributário de seu tempo e do seu espaço, exatamente como é e não como deverá ser. Seu objetivo é a busca da felicidade.” (Freire, 1998, p. 36)

O outro mundo seria o das idéias, do espírito pensante, da perfeição. O homem antes de nascer contemplou esse mundo, o da felicidade celeste, o do vir-a-ser, da essência.

As idéias de Platão vão *influenciar ainda alguns filósofos da antigüidade e depois dos “epicuristas” ela só aparecerá, mais tarde*, com *Rousseau, Kierkegaard, Sartre, A. Neill, C. Rogers, etc.* (Freire, 1998, p.36)

Para Pretto ,

“O movimento humanista em Psicologia relaciona-se com a tradição fenomenológica e existencial. A fenomenologia consiste no estudo dos dados que surgem da consciência, de modo a intuir as essências. A aplicação do método fenomenológico consiste no estudo da experiência humana que é acessível à consciência tanto com relação a objetos como a significados.” 1978, p.9)

Como não é objeto deste trabalho aprofundar as diferenças destas características, destacamos a reflexão sobre o existencialismo, que nesse momento mais nos interessa.

Segundo Siloé Pretto (1978), o existencialismo, tanto em Filosofia como em Psicologia, possui divergências em seus pressupostos, conceitos e problemas. No entanto, mantém um núcleo comum de preocupações, centrada na existência humana e sua condição, tal como a experiência do indivíduo.

Os pilares fundamentais da Psicologia Existencial, estão relacionados a seguir:

“ - É um movimento cuja pesquisa centraliza-se no homem como pessoa, situada no mundo. Inspira-se na Filosofia Existencial e não constitui uma escola de pensamento, mas um novo ponto de vista tanto na sua temática como em metodologia.

- Temas centrais: a relação pessoa-pessoa, liberdade, responsabilidade, escala individual de valores, o sentido da vida, a ansiedade, o sofrimento, angústia e morte.
- Principal método é o fenomenológico, para enfoque das experiências humanas subjetivas e da conscientização.
- Suas principais contribuições tem sido no campo da teoria da personalidade, psicoterapia e aconselhamento.
- Pressupostos básicos:
 - cada homem é único em sua vida interior, percepção e avaliação do mundo bem como sua reação a ele;
 - o homem não pode ser compreendido em termos de funções ou elementos que o compõem, nem ser explicado em termos da Física, da Química ou da Neurofisiologia;
 - nem a abordagem behaviorista nem a psicanalítica são satisfatórias para a compreensão da natureza humana;
 - a Psicologia Existencial tenta complementar e não substituir outras orientações;
 - desenvolver um conceito de homem bastante amplo, de modo a compreendê-lo em sua realidade existencial total. O enfoque metodológico é ideográfico; preocupa-se com a conscientização, sentimentos, inclinações, experiências ligadas à vida individual e sua relação com o mundo e com os outros homens.” (Siloé Pretto, 1978, p.10)

O movimento humanista, surge nos Estados Unidos e na Europa entre os anos 50 e 70, em divergência com as posturas adotadas pela Psicologia, particularmente pela visão behaviorista e psicanalítica.

A psicologia Humanista,

“não pretendia ser a revisão nem a adaptação de nenhuma escola de pensamento corrente, (...). Em vez disso, como o termo terceira força o indica, a psicologia humanista queria substituir o comportamentalismo e a psicanálise, as duas principais forças da psicologia.” (Schultz 1998, p. 392)

Rich pontua que:

“A Psicologia Humanística difere do behaviorismo e da Psicanálise pelo fato de empregar uma abordagem organísmica e holística no estudo do homem. Tais estudos têm por intenção ver o homem como uma pessoa inteira que formula objetivos e propósitos e que procura alcançá-los. Essa abordagem não é encontrada nas duas outras escolas.” (1975, p. 36)

Para os humanistas *a ciência havia construído uma imagem do homem parcializada, incompleta, enviesada e desumanizada*. (Pretto, 1978, p.10) Em oposição a essas idéias surgem trabalhos que enfatizam uma centralização na pessoa e nos valores humanos.

“a ciência cognitiva evoluiu colocando à margem do seu objeto de estudo os fatores afetivos e emocionais. E os humanistas reagiram a essa opção metodológica pela exclusão da emoção, que consideravam inerente e fundamental no ser humano, já que a visão do homem no humanismo é a de um ser criativo, com capacidades de auto-reflexão, decisões, escolhas e valores a um nível fenomenológico e existencial.” (Saldanha, 1999, p. 30)

Vários psicólogos partilhavam da convicção de que a Psicologia havia estudado as funções humanas, o comportamento humano, mas esqueceram o essencial - a natureza humana. Também se opunham à metodologia científica, pois exclui a experiência própria do ser humano que é criativo, dirigido por suas escolhas e valores. Rejeitavam portanto qualquer visão reducionista, dominante até então dentro da Psicologia. (Pretto, 1978).

Abraham Maslow é considerado o fundador do movimento humanista, em 1958, embora tenha declarado que *a psicologia humanista não tem um líder isolado* (Saldanha, 1999, p. 30), não a restringindo ao campo da Psicologia, mas incorporando todos os interessados no estudo científico da criatividade, do amor, dos valores humanos mais altos, da autonomia, do crescimento, da auto-realização.

A Psicologia Humanista, expressa, então, mais uma nova visão do mundo e do homem.

Maslow desejava compreender as mais elevadas realizações que os seres humanos são capazes de alcançar, (SCHULTZ, 1998, p. 395), e para isso estudou pessoas psicologicamente saudáveis e o caminho que elas percorriam para atingirem a auto-realização. Foi eleito presidente da Associação Americana de Psicologia, em 1968, num indicativo claro de valorização e de reconhecimento da psicologia humanista nos EUA. (Saldanha, 1999, p.30)

Pretto relaciona os pilares fundamentais que caracterizam a Psicologia Humanista:

“a- Concentração da atenção na experiência pessoal, vista como um fenômeno primário no estudo do homem. Tanto as explanações teóricas como o comportamento aberto são considerados secundários à experiência e seu significado para a pessoa.

b- Ênfase nas qualidades distintamente humanas: escolha de criatividade, avaliação e auto-realização em oposição a uma visão reducionista, mecanicista e dicotomizante do homem.

c- Ênfase na busca de problemas significativos de pesquisa, opondo-se à objetividade às custas do significado.

d- Preocupação básica com a valorização da dignidade e valor do homem e no desenvolvimento do potencial inerente a cada um.

e- Nesta perspectiva é central a visão da pessoa como em processo de descoberta do seu próprio ser, ligando-se a outras pessoas e grupos.” (1978, p.12)

Em torno desse núcleo comum de elementos centrais existem amplas divergências entre os protagonistas do movimento humanista. Concordam porém com Maslow que:

“- a espécie humana possui características e capacidades que são únicas;

- existem valores universais que participam da natureza humana no aspecto biológico, instintivo, não adquirido;
- o objetivo último do ser humano é a auto-realização ou o uso pleno de suas potencialidades e capacidades.” (Pretto, 1978, p.12)

Como a psicologia humanista exerceu forte influência sobre o campo da educação, e esta influência também é pertinente a este trabalho, apresento algumas considerações a esse respeito.

Abordo primeiramente, a relação da teoria de Maslow com a educação, cuidando de abordar esse aspecto, com relação a Carl Rogers, em capítulo específico.

Dentro do universo de implicações e objetivos educacionais apontadas por Maslow, encontramos em Pretto:

“1. A escola ideal deveria ser uma espécie de centro onde as pessoas pudessem encontrar-se a si mesmas; encontrar aquilo de que gostam, do que é bom e do que não é bom para elas, O principal objetivo desta escola seria a descoberta da identidade e com ela, a descoberta da vocação. Realizar, portanto, aprendizagem do tipo intrínseco, isto é, voltadas para objetivos do indivíduo, capazes de gerar crescimento.

2. Um modo de ensinar que trouxesse à consciência admiração pela vida, consistiria em mostrar aos alunos a beleza envolvida na matéria que estudam, seja matemática, história ou filosofia.

3. Um dos objetivos da educação seria mostrar que a vida é preciosa. Se não existir alegria de viver não existirá valor em viver. As crianças são capazes de ter experiências culminantes, onde uma profunda alegria pode ocorrer. Daí o encorajamento de situações onde possam sentir-se competentes, importantes, capazes de auxiliar os menores e o encorajamento de criatividade.

4. Outro importante objetivo da educação intrínseca é ver se as necessidades básicas da criança estão satisfeitas. Uma pessoa não pode alcançar auto-realização enquanto suas necessidades de segurança, amor e posse, dignidade, auto-estima e respeito não estiverem satisfeitas. Em termos psicológicos, a criança está livre da ansiedade quando sente-se

amada, quando tem alguém que a respeita e sabe que pertence ao mundo, e é querida pelos outros.

5. Precisa ainda aprender a controlar os impulsos, isto é, descobrir que o controle não significa repressão. Adiar uma satisfação pode tornar mais gratificante e prazerosa sua obtenção.

6. Transcender os pseudoproblemas e lidar com problemas realmente sérios existenciais.

7. Levar o aluno a ser um bom escolhedor, faz parte da educação intrínseca.

8. A escola deveria auxiliar as pessoas a observarem e desse auto conhecimento derivar um conjunto de valores. A pessoa em processo de crescimento dirige-se para alvos que estão ligados a valores intrínsecos, escolhidos pela pessoa como parte de si mesmo.

9. O professor deve ser mais receptivo do que intrusivo, condicionador, acadêmico ou reforçador. Deve ser capaz de aceitar seus alunos e auxiliá-los a aprender que tipo de pessoa cada um é, através de uma atmosfera de aceitação da natureza da pessoa que reduz o medo, a ansiedade e a defesa ao mínimo possível.” (1978, p.21-22)

Maslow postulava que a espécie humana é a única que encontra dificuldades em existir como tal. Considera ainda, a essência humana como fraca e sutil, em sua complexidade, e difícil de ser encontrada. É preciso lutar para encontrar a si mesmo.

Mizukami (1986) contribui com a conclusão deste texto, dizendo que a abordagem humanista, enfoca principalmente o sujeito, apontando como os autores mais importantes conhecidos no Brasil, A. Neill e Carl Rogers.

2.3 Apresentando Carl Rogers

Carl Rogers é amplamente conhecido por desenvolver a proposta da Terapia Centrada no Cliente ou como ficou mais tarde conhecida, Abordagem Centrada na Pessoa ou por escrever **Liberdade para Aprender e Tornar-se Pessoa**, entre outros, mas também por um número significativo de indivíduos que conhecem Carl Rogers como a pessoa que foi capaz de marcar a sua presença, pela sua atitude de compreensão e de encorajamento do ser humano.

Rogers, falando um pouco de si próprio, conta que:

“Embora me desagrade um pouco dizê-lo, fui psicoterapeuta (ou conselheiro psicológico) durante mais de trinta e três anos. Isso significa que, ao longo do período de um terço de século, tentei auxiliar uma ampla amostragem da nossa população: crianças, adolescentes e adultos; pessoas com problemas pedagógicos, vocacionais, pessoais e conjugais; indivíduos <<normais>>, <<neuróticos>> e <<psicóticos>> (as aspas indicam que para mim se trata de designações ilusórias); procurei ajudar os indivíduos que me vinham pedir auxílio e os que me eram enviados; aqueles cujos problemas não tinham importância e os que consideravam a sua vida completamente desesperada e sem futuro. Considero grande privilégio ter tido oportunidade de conhecer de uma maneira tão pessoal e tão íntima tal quantidade e diversidade de pessoas. Para além da experiência clínica e da investigação realizada durante esses anos, escrevi vários livros e muitos artigos.” (Rogers, 1961, p.9)

Antes que propor uma teoria aos moldes da ciência moderna, se ocupa em enunciar um conhecimento que muitas vezes se origina ou se colore de emoções e vivências pessoais, enfrentando o risco de ter sua importância subestimada ou o seu valor menos apreciado. Porém, para ele, mais importante do que o brilho científico, o método inovador ou o esquema teórico perfeito é o **ser humano**.

Apresento, então, em síntese, parte da vida dessa pessoa e profissional que tanto me inspira.

Carl Ranson Rogers, nasceu em Oak Park, Illinois, EUA, em 8 de janeiro de 1902. Quarto filho de uma família numerosa, extremamente religiosa (protestante), arraigada aos valores tradicionais, viviam numa atmosfera íntima de afeto, porém não conviviam, termo usado por Rogers para descrever sua família.

O pai, próspero comerciante, é rígido com a formação dos filhos procurando mantê-los afastados das influências do mundo externo, estimulando-os para os estudos e a dedicação ao trabalho.

Rogers, tinha então 12 anos, quando se mudam para uma fazenda aonde o pai se dedica ao desenvolvimento de uma base científica na condução dos trabalhos agrários, adquirindo livros sobre o assunto, e estimulando aos filhos a se ocuparem com as questões da terra, da criação de animais entre outros. É assim, que o menino solitário, aguça seus sentidos para a observação da natureza, se interessando sobremaneira pela agricultura e pelas ciências naturais.

Vive então experiências, que apesar de corriqueiras, vão de certa forma lançar a semente que no futuro iria repercutir na elaboração dos pressupostos da sua teoria. Curiosidades como a relatada a seguir, formarão a base conceitual do seu raciocínio:

“Rogers fala, com efeito, das batatas, que deveriam ser consumidas por sua família no inverno e que, ficavam numa lata, dentro de um porão, um metro abaixo da janela. Embora não houvesse luz suficiente para que se desenvolvessem, embora estivessem em condições altamente desfavoráveis, ele observa, no entanto, que pequenos brotos de batatas surgiam, pálidos e mirrados, é verdade, mas sempre à procura da luz e do calor. Nem de longe se pareciam com os brotos surgidos na primavera, plantados em terreno adequado. Poder-se-ia dizer que eram tristes, estropiados, cresciam com enorme dificuldade, mas estavam lá, direcionavam-se em busca da vida que a luz e o calor proporcionavam.” (Costa, 1980, p.49)

A esse respeito Rogers escreve,

(...) “nunca se tornariam uma planta, nunca amadureceriam, nunca preencheriam suas potencialidades reais. Entretanto, sob as mais adversas circunstâncias, lutavam para vir a ser. Não desistiriam da vida, mesmo se não pudessem florescer.” (Rogers, 1978, p.17)

Fato semelhante acontece com as pessoas, propõe Rogers, que mesmo em condições adversas, tendem a direcionar suas vidas no sentido do crescimento, superando dificuldades, enfrentando adversidades e mesmo assim tende a avançar, encontrando forças que ele compara a *forças poderosas e organizadas que se manifestam em toda esta experiência, forças que parecem ir buscar as suas raízes a todo o universo.* (Rogers, 1961, p.17)

“É esse tipo de *sabedoria* (grifo meu) interna do organismo que se expressa no equilíbrio ecológico de todo o sistema vital do planeta. Assim como no amplo espectro do leque natural, a mesma racionalidade implícita à vida se expressa no homem, como *tendência à auto-atualização*, que é a tendência natural do organismo para atingir um grau de maior harmonia dinâmica interna e externa, exercitando suas potencialidades adaptativas de acordo com o seu desenvolvimento global junto ao meio em que vive.” (Guimarães, 2001, p.4)

Rogers então parece convencido de que, da mesma forma como ocorre com as plantas, que mesmo em lugares insalubres, buscam se desenvolver na direção da luz e da vida, *nós seres humanos, possuímos um impulso inerente do organismo como um todo para nos direcionarmos ao desenvolvimento de nossas capacidades tanto quanto for possível, quer sejam físicas, intelectuais ou morais, em conjunto.* (Guimarães, 2001, 2 de 4). Esta dada a base para a futura construção teórica do conceito organísmico, que será abordado no capítulo das contribuições de Rogers à Educação.

Não é de se admirar o seu interesse inicial pela agricultura, mas nos dois anos seguintes, um outro desafio surgirá. Disposto a seguir a carreira de pastor, se interessa por História, julgando que essa lhe daria a base necessária para o seu objetivo. Logo no primeiro ano de curso tem a oportunidade de viajar para à China a fim de participar do Congresso Internacional da Federação Mundial dos Estudantes Cristãos. Essa viagem vai mudar radicalmente a sua orientação religiosa ocorrendo uma ruptura com a crença dos seus pais.

“Esta independência de pensamento provocou um grande desgosto e grandes tensões nas nossas relações, mas, vistas as coisas à distância, compreendi que foi nesse momento, mais do que em qualquer outro, que me tornei uma pessoa independente.” (Rogers, 1961, p.19)

Decidiu entrar no *Union Theological Seminary*, que era considerado na época, 1924, o colégio mais liberal dos EUA. Junto com o seu grupo de colegas, estimulados pela liberdade de investigação que o *Union* lhes oferecia, passaram a se interessar em explorar as suas próprias questões, explanar as suas dúvidas e deixar ver aonde isso os levaria. Foi nesse clima que eles organizam um seminário oficial, exclusivamente de alunos, sem a interferência da direção e sem a presença dos professores. *Estava plantada aí, quem sabe, a semente da atitude centrada nos interesses da pessoa, tão importante para a terapia e a educação.* (Costa,1980, p.50)

“Suponho que não é necessário acrescentar que este seminário foi extraordinariamente satisfatório e esclarecedor. Tenho a certeza de que ele me conduziu para uma filosofia de vida que me era muito pessoal. A maior parte dos membros do referido grupo, prosseguindo o caminho traçado pelas questões que levantaram, puseram de lado a idéia de uma vocação religiosa. Eu fui um deles. Sentia que provavelmente sempre me interessaria por questões tais como o sentido da vida, a possibilidade de uma melhoria construtiva da vida do indivíduo, mas não poderia trabalhar

no campo marcado por uma doutrina religiosa específica em que deveria acreditar.” (Rogers, 1961, p.20)

Após sair do *Union*, Rogers daria a segunda grande virada de sua vida. Na busca de garantir o que havia conquistado, ou seja, liberdade de pensamento, procura um campo de conhecimento no qual se sinta seguro de que não sofreria restrições. Esse campo seria o da psicologia. É assim que passa a frequentar os cursos da Escola Normal da Universidade Colúmbia, que ficava exatamente em frente ao *Union*, aonde titula-se mestre em 1928, e doutor em 1931.

Inicialmente começa a trabalhar com filosofia da educação com William Kilpatrick. Sente-se atraído pelo desenvolvimento de orientação infantil, dedicando-se ao trabalho de psicopedagogo.

A seguir, ganha uma bolsa de estudos, que o leva a estagiar no Instituto para Orientação da Criança, em Nova York, recentemente inaugurado. É nessa instituição que fará contato com David Levy e Lawson Lowrey, e estes dois autores lhe apresentarão *a perspectiva dinâmica de Freud, o que, de alguma forma, provoca nele uma atitude de perplexidade.* (Costa, 1980, p. 51)

“Rogers encontra-se, de um lado, com a abordagem analítica freudiana, e do outro com as perspectivas estatísticas, rigorosas, científicas e friamente objetivas, que havia conhecido na Universidade de Colúmbia. Mais tarde, sem abandonar o rigor do método científico, Rogers encaminhar-se-á para o *conhecimento da pessoa* (grifo meu), considerada mais importante do que os dados e números objetivos.” (Costa, 1980, p.52)

Depois do título de doutor, emprega-se no Rochester Center, do qual viria a ser diretor que ele descreve assim:

“Os doze anos que passei seguidamente em Rochester foram altamente preciosos. Durante os primeiros oito anos, pelo menos, absorvi-me completamente no meu serviço de

psicologia prática, num trabalho de diagnóstico e de planeamento de casos de crianças delinquentes e desprovidas de tudo, crianças que nos eram enviadas pelos tribunais e pelos serviços sociais, e realizei frequentemente sessões de tratamento. Foi um período de relativo isolamento profissional, ao longo do qual a minha única preocupação foi a de tentar ser o mais eficaz possível em relação aos nossos pacientes.” (Rogers, 1961, p.21-22)

Emaranhado por questionamentos internos, não conseguia se reconhecer como psicólogo, pelo menos aos moldes da época. O trabalho desenvolvido em Rochester não era aceito como psicologia, e ele muito perplexo registra:

“A Universidade de Rochester fez-me ver que o trabalho que eu realizava não era psicologia e que não estava interessada no meu ensino na secção de Psicologia. Assisti a reuniões da Associação Americana de Psicologia completamente preenchidas com conferências sobre o processo de aprendizagem dos ratos e sobre experiências de laboratório que não pareciam ter relação com o que eu estava a fazer. Os assistentes de psiquiatria social, no entanto, pareciam falar a minha linguagem e por isso orientei as minhas actividades para a assistência social, tanto nas organizações locais como a um nível nacional. Foi apenas quando se criou a Associação Americana para a Psicologia Aplicada que eu retomei realmente as minhas actividades como psicólogo.” (Rogers, 1961, p.23-24)

O convite para ser docente efetivo na Universidade Estadual de Ohio, é o marco sua efetiva entrada no mundo acadêmico. É a partir deste lugar que ele vai viver experiências que ele próprio qualifica como *extraordinárias*, pois pela primeira vez expõe publicamente, ao mundo acadêmico, suas idéias que foram elaboradas a partir da sua experiência e de uma perspectiva pessoal (os anos de Rochester).

“Quando procurei formular algumas dessas idéias e as apresentei numa conferência na Universidade de Minesota, em dezembro de 1940, deparei com reacções extraordinariamente fortes. Foi a primeira experiência do facto de ser possível que uma das minhas idéias, que a mim me parecia brilhante e extremamente fecunda, pudesse representar para outrem uma grande ameaça. E o facto de me encontrar no centro das críticas, dos argumentos a favor e contra, desorientou-me e fez-me duvidar e pôr questões a mim mesmo. “ (Rogers, 1961, p.25)

Nesse centro acadêmico, Rogers descobre um tanto surpreso que seu jeito de ser mais livre e independente do que os seus colegas, erguia barreiras para ser aceito nesse novo ambiente. Por ter passado muito tempo atuando exclusivamente na clinica, a passagem para o meio acadêmico de certa forma, foi muito difícil para ele. A intensidade com a qual se dedicara aos seus clientes permitiu-lhe atingir novas formas de pensar a prática da psicoterapia e que se mostrou muito diferente das propostas pelas abordagens acadêmicas.

É na Universidade de Chicago que Rogers será além de professor, o profissional responsável pela criação de um centro de aconselhamento, aonde irá testar suas hipóteses mais desafiadoras, principalmente às referentes a área de ensino. *Durante o tempo que permanece em Chicago, atrai, cada vez mais, estudantes de outras áreas, como a pedagogia, a sociologia, a psicologia industrial.* (Costa, 1980, p. 54)

Ao ser convidado para trabalhar na Universidade de Winconsin, assume dois departamentos, o de Psiquiatria e o de Psicologia. Por desentendimentos internos desligasse deste último mantendo o vínculo com o primeiro.

É importante ressaltar que havia experimentado no passado uma grande resistência por parte dos psiquiatras, tendo sido acusado de exercício ilegal da medicina por praticar psicoterapia. Ele fala a esse respeito:

“empenhei-me no sentido de reconciliar estas duas profissões que perseguem um objetivo comum. Tentei também progredir tão depressa e tanto, que o direito dos psicólogos, de agir num campo em que se destacavam na

pesquisa e no qual são igualmente competentes na prática e na teoria, não pudesse ser contestado. (...) De fato, comecei a formação de um grupo de psicólogos e psiquiatras, que, gradualmente, desfizeram a batalha legal e legislativa incipiente que estava separando estas duas profissões (...).” (Rogers, 1977, p.35)

É nesse período que publica **Tornar-se Pessoa**, no qual se encontra parte do desenvolvimento das teses da abordagem centrada na pessoa e em 1969 **Liberdade para Aprender**, *uma espécie de manifesto em favor da liberdade pedagógica*. (Costa, 1980, p.55)

Costa (op.cit.) ajuda a finalizar essa breve apresentação do homem e profissional Carl Rogers, nos contando:

“Talvez, motivado pela tentativa de coerência entre seus postulados teóricos e sua prática psicopedagógica, Rogers abandona a carreira universitária, com suas exigências e imposições burocráticas. A vida acadêmica, com a qual sempre estava em conflito, desde sua atuação na Universidade de Rochester, nada mais lhe poderia oferecer. Por isso, juntamente com alguns amigos, Rogers funda o Western Behavioral Sciences Institute, do qual é um dos diretores e que lhe proporciona as maiores oportunidades de estudo e pesquisa.” (1980, p.55)

Por duas vezes, Carl Rogers foi eleito presidente da Associação Americana de Psicologia tendo recebido desta associação os prêmios de Melhor Contribuição Científica e o de Melhor Profissional.

Rogers não tem uma atuação política específica, nem há registro dessa intenção, só mais recentemente, entretanto, o encontramos empolgado com o mundo social. *Para além do indivíduo, da escola, do grupo, ele se refere a características essenciais em nosso modo social de vida, abordando as alternativas da sociedade como um todo*. (Goulart, 1999, p.99)

Em 1987, lúcido e ativo, apesar dos seus 85 anos de idade, morre Carl Ranson Rogers. O seu posicionamento filosófico e a visão que defendeu do ser

humano, foram bastante avançadas para a época, registra Guimarães (2001), pois apresentam um entendimento altamente holista e sistêmica do homem, que ficou fartamente registrado em seus livros, conferências e entrevistas. Foi psicólogo, professor, facilitador de grupos e escritor de produção densa e regular ao longo de sua vida, deixando sua marca implícita no conjunto de sua obra.

Apesar dessa vida tão intensa, comungo com a opinião trazida por Goulart de que a principal contribuição de Carl Rogers foi a de propor *uma nova forma de relacionamento interpessoal, na qual as pessoas funcionam mais completamente e são autodeterminadas. (...) Seu trabalho é válido para a reestruturação de quase todos os campos da atividade humana.* (1999, p. 100)

Vamos, então, conhecer o humanismo na ótica de Carl Rogers, e de como poderemos aplicá-lo na direção da formação de um médico humanista.

2. 4 Contribuições de Carl Rogers à Educação

Este capítulo tem por finalidade, apresentar a correlação da teoria rogeriana, ou seja, a **abordagem centrada na pessoa** e de como essa teoria atravessa as paredes do *site* terapêutico indo influenciar diversas outras áreas do conhecimento humano, entre elas a da Educação.

Abordagem centrada na pessoa é um nome escolhido por Carl Rogers para descrever a sua própria atuação, *em substituição a outras denominações anteriores: terapia centrada no cliente, ensino centrado no aluno, liderança centrada no grupo*. (Almeida, 1999, p.54) A denominação do ensino centrado no aluno, por sua especificidade com esse estudo, será mais freqüentemente adotado, mas as outras designações também estarão presentes.

Outros autores, serão chamados a contribuir com o desenvolvimento teórico deste trabalho, pela apropriação que tem tanto com a pessoa quanto com a obra de Carl Rogers, como é o caso de Puente (1978), que *analisou a passagem do processo terapêutico para a situação de ensino, ressaltando a contribuição que a abordagem centrada na pessoa pode trazer à educação*, (Costa, 1980, p.9), o de Rachel L. Rosemberg, que publicou junto com o autor A pessoa como centro e de uma de suas maiores conhecedoras Abigail Alvarenga Mahoney, além do próprio Carlos Alberto J. Costa, citado acima.

São muitos os autores que merecem destaque, até pela sua participação histórica em trazerem para os meios acadêmicos brasileiros o pensamento e as obras de Rogers. Seria por demais extenso citar todos, mas é importante registrar que a influência da obra de Rogers no Brasil, repercutiu num número significativo de teses e dissertações acadêmicas, seminários, cursos, publicações, particularmente na década de setenta, lembrando que esse período foi um tanto conturbado no cenário nacional, com os anos da ditadura militar.

Como a vida pessoal e profissional de Carl Rogers, tem uma influência marcante nessa elaboração teórica, por vezes será necessário retomar para esses aspectos com o objetivo da melhor compreensão da teoria.

A elaboração da terapia centrada no cliente e por consequência a do ensino centrado no aluno são datadas historicamente. É preciso que se registre o lugar e da época que ele fala, tendo por fundo, o cenário da cultura americana, que tanto valoriza o indivíduo e exalta a igualdade de oportunidades.

Carl Rogers tem suas raízes sócio-político-cultural e geográfica bem definidas. Rogers é um cidadão americano, da primeira metade do século XX e como tal desfruta da democracia e da vocação para a liberdade tão típicos dessa nação. Não se espera então, fazer uma transmutação pura e simples, e por que não dizer ingênua, dessa proposta para uma realidade tão diferente como a brasileira, capitalista dependente e periférica.

Essa abordagem dá ênfase a relações interpessoais e ao crescimento que delas resulta, centrado no desenvolvimento da personalidade do indivíduo, em seus processos de construção e organização pessoal da realidade, e em sua capacidade de atuar, como uma pessoa integrada. Dá-se igualmente ênfase à vida psicológica e emocional do indivíduo e à preocupação com a sua orientação interna, com o autoconceito, com o desenvolvimento de uma visão autêntica de si mesmo, orientada para a realidade individual e grupal. (Goulart, 1999)

Apesar de Abraham Maslow (1908-1970) ser considerado o pai da psicologia humanista, talvez por ter sido o que mais difundiu e cuidou para que o movimento fosse reconhecido nos espaços acadêmicos, é com Carl Rogers que a psicologia humanista e suas principais idéias vão se difundir.

Das três influências que Rogers identifica, como suas fontes de inspiração e aprendizagem, em primeiro lugar sempre surge, com destaque, os seus clientes de quem ele fala calorosamente:

“A mina de dados existentes nas entrevistas ou nas sessões grupais deixa-me aturdido. Existe, em primeiro lugar, o nível visceral da experiência, que absorve as palavras, os sentimentos e os gestos, que produz seu próprio tipo complexo de aprendizagem, difícil de ser expresso através de palavras. A seguir, temos o recurso de ouvir os intercâmbios registrados pelo gravador. Nele encontramos as seqüências ordenadas que se perderam no fluxo da experiência. Nele

também estão registrados os matizes de inflexão, as frases interrompidas, as pausas e os suspiros que também foram parcialmente perdidos. Portanto, se a transcrição for feita com cuidado, obtenho um microscópio no qual posso ver o que já denominei, em outro artigo, “as moléculas da personalidade”. Não conheço melhor maneira de combinar aprendizagem visceral profunda com as aprendizagens teóricas e cognitivas mais abstratas (...).” (Rogers, 1977, p.40)

Rogers cita ainda outras duas fontes: os colegas mais novos, em geral seus ex-alunos, com quem tinha uma grande empatia e por fim, as leituras, apesar de não se reconhecer um grande estudioso, *no sentido de que desenvolva suas idéias e opiniões a partir do que lê dos outros.* (Costa, 1980, p.57)

A proposta rogeriana se identifica como representativa da psicologia humanista. O ensino centrado no aluno é derivado da teoria, também rogeriana, sobre personalidade e conduta, tendo por foco principal o sujeito. *Entre as várias correntes psicológicas que se enquadram na perspectiva da terceira força, a que mais interesse despertou no âmbito da educação foi a psicologia não-diretiva de Carl Rogers.*(Goulart, 1999, p. 79)

“A transferência para o campo da educação escolar de um sistema de crenças elaborado na prática terapêutica aproximam os dois processos e despertam para o caráter comum que elas apresentam – ambos visam o desenvolvimento da pessoa humana.” (Goulart, 1999, p. 96)

É oportuno então, marcar uma primeira grande divisão, para estabelecer a diferença central entre a teoria de Rogers e as teorias de aprendizagem em geral:

“Enquanto para essas o foco está no aprender, quer enquanto processo, quer enquanto produto, para Rogers, o foco está na pessoa que aprende. (...) A sugestão rogeriana

não tem a ver com metodologias mas sim com **atitudes do professor**. (grifo meu)” (Goulart, 1999, p. 94)

Outro ponto a ser posto, em parte pela polêmica que pode suscitar, é a questão da classificação da teoria rogeriana dentro de uma tendência pedagógica da prática escolar, no caso a *não-diretiva*.

Utilizo Libâneo (1986), para algumas colocações pertinentes:

“É necessário esclarecer que as tendências não aparecem em sua forma pura, nem sempre são mutuamente exclusivas, nem conseguem captar toda a riqueza da prática concreta.” (p. 21)

Dentre essas tendências pedagógicas, podemos a grosso modo, utilizar a classificação apresentada por Libâneo, para localizarmos o lugar do qual falamos. A classificação geral proposta é: subdividida em:

“A – Pedagogia liberal

- 1- tradicional
- 2- renovada progressista
- 3- renovada não-diretiva
- 4- tecnicista

B – Pedagogia progressista

- 1- libertadora
- 2- libertária
- 3- crítico-social dos conteúdos.” (1986, p.21)

Recorto então, a tendência *renovada não-diretiva*, porque é a que permite fazer a correlação com a formulação teórica de Carl Rogers com a educação, de maneira mais nítida.

É ainda Libâneo que contribui:

“A tendência liberal renovada apresenta-se, entre nós, em duas versões distintas: a **renovada progressista**, ou **pragmatista**, principalmente na forma difundida pelos

pioneiros da educação nova, entre os quais se destaca Anísio Teixeira (deve-se destacar, também, a influência de Montessori, Decroly e, de certa forma, Piaget); a **renovada não-diretiva**, orientada para os objetivos de auto-realização (desenvolvimento pessoal) e para as relações interpessoais, na formulação do psicólogo norte-americano Carl Rogers.” (1986, p.22)

Descreve-se na tendência liberal renovada não-diretiva, as seguintes características:

“Papel da escola – Acentua-se nesta tendência o papel da escola na formação de atitudes, razão pela qual deve estar mais preocupada com os problemas psicológicos do que com os pedagógicos ou sociais. Todo o esforço está em estabelecer um clima favorável a uma mudança dentro do indivíduo, isto é, a uma adequação pessoal às solicitações do ambiente. Rogers ⁴ considera que o ensino é uma atividade excessivamente valorizada; para ele os procedimentos didáticos, a competência na matéria, as aulas, livros, tudo tem muito pouca importância, face ao propósito de favorecer à pessoa um clima de autodesenvolvimento e realização pessoal, o que implica estar bem consigo próprio e com seus semelhantes. O resultado de uma boa educação é muito semelhante ao de uma boa terapia.

Conteúdos do ensino – A ênfase que esta tendência põe nos processos de desenvolvimento das relações e da comunicação torna secundária a transmissão dos conteúdos. Os processos de ensino visam mais facilitar aos estudantes os meios para buscarem por si mesmos os conhecimentos que, no entanto, são dispensáveis.

Métodos de ensino – Os métodos usuais são dispensados, prevalecendo quase que exclusivamente o esforço do professor em desenvolver um estilo próprio para facilitar a aprendizagem dos alunos. Rogers explicita algumas das características do professor "facilitador": aceitação da pessoa do aluno, capacidade de autodesenvolvimento do estudante. Sua função restringe-se a ajudar o aluno a se organizar, utilizando técnicas de sensibilização onde sentimentos de cada um possam ser expostos, sem ameaças.

⁴ Cf. ROGERS, Carl . Liberdade para Aprender.

Assim, o objetivo do trabalho escolar se esgota nos processos de melhor relacionamento interpessoal, como condição para o crescimento pessoal.

Relacionamento professor-aluno – A pedagogia não-diretiva propõe uma educação centrada no aluno, visando formar sua personalidade através da vivência de experiências significativas que lhe permitam desenvolver características inerentes à sua natureza. O professor é um especialista em relações humanas, ao garantir o clima de relacionamento pessoal e autêntico. “Ausentar-se” é a melhor forma de respeito e aceitação plena do aluno. Toda intervenção é ameaçadora, inibidora da aprendizagem.

Pressupostos de aprendizagem – A motivação resulta do desejo de adequação pessoal na busca da auto-realização; é portanto um ato interno. A motivação aumenta, quando o sujeito desenvolve o sentimento de que é capaz de agir em termos de atingir suas metas pessoais, isto é, desenvolve a valorização do “eu”. Aprender, portanto, é modificar suas próprias percepções; daí que apenas se aprende o que estiver significativamente relacionado com essas percepções. Resulta que a retenção se dá pela relevância do aprendido em relação ao “eu”, ou seja, o que não está envolvido com o “eu” não é retido nem transferido. Portanto, a avaliação escolar perde inteiramente o sentido, privilegiando-se a auto-avaliação.

Manifestações na prática escolar – Entre nós, o inspirador da pedagogia não-diretiva é C. Rogers, na verdade mais um psicólogo clínico que um educador. Suas idéias influenciam um número expressivo de educadores e professores, principalmente orientadores educacionais e psicólogos escolares que se dedicam ao aconselhamento. Menos recentemente, podem-se citar também tendências inspiradas na escola de Summerhill do educador inglês A. Neill.” (Libâneo, 1986, p. 26)

Apesar da inclusão de suas idéias dentro de uma categoria específica, Carl Rogers resistia em *pertencer* a alguma classificação, de qualquer tendência que fosse, repudiando veementemente ser reconhecido por um padrão de modelos prontos e acabados. É Carl Rogers que fala:

“Creio que a Psicologia como ciência e como profissão, tem sentimentos profundamente ambivalentes em relação a mim e à minha obra. Sou considerado – e nesse aspecto devo basear-me predominantemente em rumores – ingênuo, não científico, cultualista, muito condescendente com os alunos, propenso a entusiasmos estranhos e descontrolados por coisas efêmeras como o *self*, as atitudes do terapeuta e os grupos de encontro. Difamei os mistérios mais sagrados do acadêmico – a conferência professoral e todo o sistema de avaliação – desde as notas atribuídas nos cursos até a cobiçada beca que acompanha o doutoramento. Para a maioria dos autores, a melhor maneira de lidar comigo é me considerar, em um parágrafo, como o autor de uma técnica – a “técnica não-diretiva”. Definitivamente não pertencço ao grupo fechado da academia psicológica.” (Rogers, 1977, p. 32)

Em diversas ocasiões Rogers se refere as suas proposições como uma teoria permanentemente inacabada, tanto quanto o é o ser humano, que está em constante desenvolvimento. *A teoria de Rogers desenvolveu-se a partir de sua experiência clínica. Ele não procura justificar suas colocações como originadas em uma escola filosófica ou psicológica,*(Goulart, 1999, p.89), bem menos em enquadrá-las nesta ou naquela categoria, ou escola de pensamento.

Embora não seja possível considerá-lo um *nômade cultural*, sendo reconhecível na sua teoria as influências da filosofia oriental, principalmente o Zen-Budismo e mais contemporaneamente a de Martin Buber (1878-1965) que enfatizava o processo concreto na relação terapeuta-cliente, traduzida no conceito do “Eu-Tu”, *que se desenvolve entre terapeuta e cliente imbuídos da filosofia da não-imposição.* E em Soren Kierkegaard. (1813-1855) *que lançou no debate filosófico o Valor, a Cultura, o Indivíduo como dados irrecusáveis que não podiam ser desconhecidos em nome de um cientificismo de qualquer espécie. Era o modelo de humanismo que Rogers abraçaria também.* (Goulart, 1999, p. 91)

No entanto, é o próprio Carl Rogers que fala:

“Fui educado por ou tive íntimas relações de trabalho com psicólogos, psicanalistas, psiquiatras, psiquiatras sociais, educadores e religiosos, mas nunca senti que pertencia de fato, num sentido total ou comprometido, a qualquer um desses grupos.” (Rogers, 1977, p.80)

Apesar da sua resistente negação, a teoria de Rogers vai aparecer associada com a não-diretividade, tendo sido permutada, por algum tempo, em favor de outra, ou seja, a *Terapia centrada no cliente*, e quando essa evolui para campos além da terapia é finalmente rebatizada de *abordagem centrada na pessoa (ACP)*.

Nesse sentido, oportuna é a fala de Puente, que esclarece:

“Existe dentro e fora da escola rogeriana, acerca das assim chamadas *atitudes e técnicas* do Ensino Centrado no Estudante, uma certa ambigüidade de vocabulário, que pode obscurecer a teoria de Rogers. (...) Ambas as denominações aplicam-se a aspectos diferentes da teoria rogeriana, que correspondem a momentos diferentes na história da sua evolução. A psicoterapia de Carl Rogers começou a ser chamada *não diretiva*, e esta denominação, talvez porque mais popular, resistiu ao tempo, mas não por parte de Rogers, que, sete ou oito anos depois, denominou a sua psicoterapia de *Centrada no Cliente*, quase exclusivamente.

Como Rogers mesmo se explica, procura-se, com a denominação *centrada no cliente*, insistir nas atitudes da terapia, e não nas técnicas, superdesenvolvidas durante os primeiros tempos de terapeuta, as quais, com respeito às atitudes, são secundárias. Por conseguinte, *não diretiva* é uma expressão que se refere ao lado técnico da terapia, enquanto centrada no cliente focaliza sobretudo as atitudes que deve possuir o psicoterapeuta. (Puente, 1978, p. 67)

Assim explicado, essa suposta polêmica pode, enfim, estar elucidada, concluindo que a sugestão da teoria rogeriana, no campo da educação, tem muito mais a ver com a *atitude* do professor (em relação à educação) do que com a metodologia.

Goulart, nesse sentido, conta que:

“Rogers não apresentou uma proposta fechada, estruturada de ensino, mas um modelo aberto de aprendizagem que, para ser produzida, admite um leque de alternativas de ensino. Seu objetivo é tornar o facilitador sensível à alternativa mais adequada ao aprendiz.” (1999, p.96)

O interesse de Rogers, um dos mais renomados psicólogos americanos, pela educação, antecede seu interesse pela clínica. São as oportunidades de trabalho, principalmente a de Rochester, que vão adiar a sua atuação na psicologia escolar. Só apenas oito anos depois, de intensa dedicação à clínica, é que ele retorna as atividades do magistério, intercalando essas duas atividades. Foi professor e ocupou cargos administrativos nas Universidades de Ohio (1940-1945), de Chicago,(1945-1957) e Wisconsin (1957-1963). mas não é a atividade docente que vai ser responsável pelo desenvolvimento do *ensino centrado no estudante*, é preciso considerar que:

“A sua visão humanista e unitária da pessoa em crescimento que impeliu Rogers a estender a sua teoria “centrada na pessoa” a qualquer atividade humana, uma vez que a sessão psicoterapêutica não é mais do que um tipo de relação de ajuda, sendo que esta pode ser encontrada em outros tipos de situações humanas, em que se provejam as condições ambientais da relação terapêutica.” (Puente, 1978, p.8)

Mahoney explica:

“Quando Rogers iniciou suas atividades terapêuticas, estava principalmente voltado para o aspecto prático de seu trabalho clínico. À medida que suas observações foram se acumulando, Rogers e sua equipe levantaram hipóteses que pudessem explicá-las e que fossem passíveis de constatação experimental. Disso resultou um período muito fértil de pesquisas em terapia, que se vem ampliando e aperfeiçoando até hoje.” (1980, p.82)

Como o material produzido pela prática era muito farto, Rogers sentiu a necessidade de organizá-lo, de uma forma sistemática, favorecendo a reflexão, permitindo fazer correlações, enfim explorar o potencial contido naquele material. Esse trabalho tem como resultado um conjunto organizado dessas informações, permitindo chegar a uma elaboração teórica que além de justificar os dados ao mesmo tempo demonstrava a relação entre eles. Desse modo, Mahoney:

“aos poucos essa teorização, foi abrangendo novos segmentos teóricos, que surgiram a partir da terapia. (...) a tentativa de traduzir os resultados obtidos na clínica para um esquema teórico produziu um sistema amplo que abrangia formulações em outras áreas, dando origem a outras teorias. Surgiram, assim, a teoria da personalidade e a do pleno funcionamento do indivíduo.” (1980, p.83)

E continua:

“O aprofundamento da compreensão do relacionamento interpessoal que se estabelecia durante o processo terapêutico (e que era visto como condição para o crescimento psicológico do cliente) levou a uma terceira teoria, a das relações interpessoais. Através dessa teoria, as proposições inicialmente levantadas para o relacionamento interpessoal, tal como Rogers o caracteriza para a situação terapêutica, foram estendidas a toda e qualquer situação que envolva relações humanas e que vise ao crescimento psicológico (Rogers, 1959, p. 235)*. Desse conjunto de idéias sobre terapia, personalidade, pleno funcionamento do indivíduo e relações interpessoais, Rogers derivou implicações teóricas para a família, a liderança, a solução de conflitos nos grupos e a escola.” (op. cit., p.83)

No aspecto escolar, Rogers vai falar sobre uma teoria de aprendizagem, que segundo ele, já estava contida dentro de sua teoria de terapia, reafirmando

* A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the cliente-centered framework. In: KOCH, Sigmund (ed.) Psychology: a study of a science. New York, McGraw-Hill, 1959. 3v. (N. A.)

mais uma vez, o caráter provisório de suas idéias, considerando que ele relaciona os *objetivos da educação à mudança constante que se opera na vida moderna*. (op. cit., p. 83)

Sendo assim, destaca a importância da previsão de um espaço de flexibilidade permitindo uma constante revisão das suas proposições teóricas, as chamando de *princípios ou hipóteses provisórias*. (Mahoney, 1980, p. 85)

Mahoney dá destaque para:

“A necessidade do indivíduo preparar-se para “viver confortavelmente “ (a expressão é do próprio Rogers) com o problema de mudanças sempre mais aceleradas, ou seja, o de aceitar a mudança como fato central e natural da sua vida, representa para a escola o desafio. Assim, o objetivo educacional que Rogers considera fundamental, se não imperativo, é a formação de indivíduos continuamente abertos à sua experiência.” (op. cit., p. 84)

Carl Rogers compreende, basicamente, dois tipos distintos de aprendizagem:

“Um é basicamente cognitivo e visa principalmente a fixação de associações. O outro envolve o indivíduo como um todo, isto é, tanto no aspecto afetivo como cognitivo, e provoca mudanças de comportamento e atitudes mais profundas que o primeiro. Este segundo tipo de aprendizagem é o que Rogers denomina de *experimental* ou *significant learning*. É iniciada e avaliada pelo próprio aluno e a sua essência é significativa, ou seja, é relevante para as necessidades psicológicas. É com esse sentido que Rogers usa o termo *significant*.” (Mahoney, 1980, p. 84)

Para Puente, Rogers atuou no campo da educação, baseando-se na mesma filosofia da pessoa que orientava a sua prática e teoria psicoterapêuticas, como se pode observar nas hipóteses de trabalho:

“a responsabilidade da educação está no próprio estudante, possuidor de forças de crescimento, auto-avaliação

e auto-correção, digno de confiança, em quem deve estar centrado o processo de ajuda, sendo que a única tarefa do professor e da instituição de ensino consiste em facilitar a aprendizagem do aluno, criando condições favoráveis que liberem sua capacidade de aprender, pois a educação, em resumo, deve ser *centrada no estudante*, em lugar de *centrada no professor* ou no ensino.” (Puente, 1978, p.8)

Dessa forma que o Ensino Centrado no Estudante vai adquirindo contorno, *a princípio como uma filosofia de vida, e, por que não, como uma mística, que alcançara em Harvard o primeiro clímax do impulso que a gerou.* É na mesma universidade, no ano de 1952, que Rogers apresenta num Seminário para Professores, as seguintes afirmações: *não se pode ensinar a outrem; não há interesse algum no ensino; o ensino é inútil ou nocivo; pode-se aprender sozinho.* (Puente, 1978, p.9)

Não é difícil imaginar que tal discurso tenha provocado um escândalo que,

“repercutiu até no velho mundo (França), e causou vertigens semelhantes aos da revolução de Copérnico, não abalando senão o imaginário, que pode ser vivido fantasticamente ainda que irrealmente, pois se existe ensino é para estar a serviço da aprendizagem, se existe escola ou corpo docente é para o aluno. O centro do processo educativo é o aluno, ou o professor como aluno. Se a aprendizagem é pessoal, deverá ser auto-apropriada, através de um processo de autodescoberta e a partir de experiências pessoais, incomunicáveis a outrem. Se ensinar é impossível, é possível a facilitação da aprendizagem mediante condições externas. Admitir o ensino é constituí-lo como algo em si mesmo, não sendo *de per se* mais do que o meio para a aprendizagem do aluno. Ensinar é dirigir ou fazer crescer o outro. Facilitar a aprendizagem é criar condições para que o outro, a partir dele próprio, aprenda e cresça.” (Puente, 1978, p.9)

Rogers nos conta acerca desse momento:

“A exposição capta muito bem a surpresa que tive ao descobrir as direções em que o meu pensamento me ia levando. Não me sobressaltei com o fato de ser um herético em matéria de educação e me admirei, intimamente, de que, ao tentar rever, com honestidade, a minha experiência, ENSINAR se me afigurou de tão pouca importância e APRENDER passou a ser enormemente importante para mim. Como continuei a viver sob essa mesma ênfase, isto já não me parece tão surpreendente como foi àquela época.” (Rogers, 1975, p.153)

Baseando-se na sua prática de magistério muito mais do que nos seus conhecimentos, da mesma forma que fizera na clínica,

“Seguindo o mesmo modelo de sessão psicoterapêutica, que Rogers conhecera na prática como relação individual e também, ainda que menos, como relação grupal (terapia de grupo), Rogers transporta para a situação escolar os seus achados dinâmicos já transformados em princípios de ação de caráter teórico. Como em psicoterapia, Rogers distingue o ambiente facilitador (as condições facilitadoras da aprendizagem) do processo da aprendizagem. (...) Para criar um ambiente facilitador, o professor deverá comunicar à classe a sua atitude profunda de confiança nas suas capacidades de aprender; deverá aceitar a classe como ela é, com os seus objetivos e seus desejos; deverá colocar-se à disposição do estudante, interessando-se tanto pela dimensão emocional dos problemas como pela dimensão cognitiva, convencido de que a eficácia da sua ação como mestre está dependendo fundamentalmente do grau da sua própria autenticidade.” (Puente, 1978, p. 10-11)

O aluno também é foco desse comentário, e como *pré-condição da aprendizagem*, Rogers estabelece que *o estudante esteja em contato com problemas vitais* e que seja participativo, nada pior, comenta ele, *do que um aluno passivo*, quando se adota um ensino centrado no aluno. (Puente, 1978, p.11). Situação essa, facilmente observada por aqueles que freqüentam cursos e/ou disciplinas por obrigação.

A elaboração do *ensino centrado no aluno*, não resulta exclusivamente de suas experiências pessoais, ele faz referências a outros autores ligados ao campo da educação como Dewey, Snygg e Combs, N. Cantor, E. Kelley, que lhe forneceram o embasamento teórico que fundamenta a proposta. (Puente, 1978)

Goulart , destaca o elemento comum, tanto na atividade de terapeuta, quanto na de docente de Rogers, escrevendo:

“A transferência para o campo da educação escolar de um sistema de crenças elaborado na prática terapêutica aproximam os dois processos e despertam para o caráter comum que eles apresentam – ambos visam o desenvolvimento da **pessoa humana**. (grifo meu)” (1999, p.96)

Rogers resume, então, os princípios de uma educação centrada no estudante: *ser experiencial, pessoal e em relação, onde o professor está a serviço do aluno, possibilitando-lhe uma auto-aprendizagem que abranja sentimentos e idéias*. (Puente, 1978, p. 10)

Como é a pessoa do aluno, o foco central da proposta, convém recuperar as considerações que Carl Rogers faz acerca do ser humano que para ele é:

“ – a de ser uma totalidade, um organismo em processo de integração;
- a de ser independente, diferente, autônomo, e como tal devendo ser aceito e respeitado;
- em quem os sentimentos e as experiências exercem um papel muito importante, como fator de crescimento;
- que possui uma capacidade, uma tendência a desenvolver-se, a autodirigir-se, a reajustar-se, que deve ser liberada *não diretivamente*;
- num presente imediato, aqui e agora;
- sob determinadas condições interpessoais, numa abordagem *centrada na pessoa* por parte da pessoa que ajuda.” (Puente, 1978, p.53)

Como já foi anteriormente citado neste texto, a o Ensino Centrado no Aluno deriva da Terapia Centrada no Cliente e isso por si só, justifica a recuperação destes conceitos que fundamentam o conjunto da teoria rogeriana.

Utilizando o trabalho de Costa (1980) temos:

“**A tendência atualizante**, há no ser humano, uma capacidade interna de realização, um desejo não apenas de sobrevivência ao nível físico, mas uma força que impulsiona e que acompanha seus atos, que o faz produzir, diferenciar funções, reproduzir. Esta capacidade chama-se em linguagem psicológica, de tendência atualizante.(...)” (p.59)

“**A avaliação organísmica**, o termo **organismo**, (...) abarca o conjunto constitutivo do homem, não se admitindo, na teoria rogeriana, a divisão clássica entre físico e o psíquico, tão comum, por exemplo, nas **ciências médicas** (grifo meu). Puente (1970^o), lembra que o termo organísmico, freqüentemente empregado por Rogers, designa *uma maneira de ser e de perceber uma situação como a unidade de todo o organismo corporal e psíquico*. O organismo é pois, o próprio homem, mas o homem integrado ao ambiente, como uma única realidade, vivendo num processo íntimo de interação.

Por isso, não existe tendência atualizante, isto é, não pode haver a tendência para o crescimento pleno, para a realização completa de todas as potencialidades fundamentalmente positivas do homem, que não se realize no organismo, mas o organismo, em sua totalidade, como bem acentua Rogers (1978^o). Nesse sentido é que se pode afirmar que a tendência atualizante e organismo são duas faces de uma mesma realidade. De fato, quando a pessoa desenvolve suas potencialidades, quando reconhece e aceita seus sentimentos, desejos, e não os deforma na consciência, está caminhando para uma vida plena, ótima, está **sentindo** seu próprio organismo, está se livrando, pelo menos em parte, de conceitos vindos de fontes externas.(...) O organismo é o centro de avaliação das experiências, é ele quem fixa seus critérios, considerando as necessidades de conservação e valorização. Numa palavra, é o indivíduo, como organismo digno de confiança, quem avalia suas experiências, quem se compreende a si mesmo dentro de seu contexto.

^o Puente, Miguel de La. *Carl Rogers: de la psychothérapie à l'enseignement*. Paris, Epi, 1970, p.54. (N. A.)

^o Rogers, Carl. *Sobre o poder pessoal*. São Paulo, Martins Fontes, 1978, p.17 (N. A.)

Na terapia ou no ensino, o conceito de avaliação organísmica é de fundamental importância, pois o centro de decisão das escolhas é deslocado das mãos do terapeuta ou do professor, para as mãos do cliente ou do educando. Esses passam a ter o poder de decidir, de escolher, de valorizar, de avaliar seus sentimentos, não a partir de um critério exterior a eles, inculcado por normas sociais, familiares, mas tendo como origem seus próprios padrões internos de julgamento. Dizendo de outro modo, o indivíduo, confiando nas suas tendências positivas, torna-se menos defensivo, mais livre para aceitar-se a si mesmo, pois sente-se capaz de integrar e avaliar o **organísmico** em sua vida. (p. 61-62)

“**A abertura à experiência** (...) Em terapia ou no ensino é fundamental entender o que seja abertura à experiência, ou a disponibilidade para assumir o que o organismo está sentindo. Rogers chama a essa disponibilidade, **de ser o que realmente se é**, para indicar que *o indivíduo deve viver numa relação aberta amigável e estreita com a sua própria experiência*²². A pessoa deve, por isso, aceitar-se, deve assumir os sentimentos, quaisquer que sejam: de amor, de ódio, de rejeição, de ternura, evitando negá-los ou deformá-los ao nível da consciência. desse modo a experiência não aparece ao organismo, como um inimigo a temer e a destruir, mas como um dado importante do crescimento. Porque está aberta à sua própria experiência, a pessoa aceita que as outras também experienciem, também tenham sentimentos, deixando-lhes a avaliação do que se passa no seu organismo. O terapeuta e o professor abertos têm mais probabilidade de compreender o cliente e o aluno como eles são, pois confiam no processo interno desses, na sua tendência positiva para se realizarem e escolherem seus próprios rumos.” (p.63-64)

“**A organização do self**, no início de sua atividade clínica, Rogers não esteve interessado pela conceituação do *self*, (...). No entanto, com a continuação, foi verificando que os clientes referiam-se ao **self** (eu) como alguma coisa a alcançar, e essa noção era *o elemento central da experiência subjetiva do cliente e que, num certo sentido – que não reconheci no início – o cliente não parece ter outro fim que o de tornar-se o seu verdadeiro eu*²⁵. (...) Rogers compreende o **self** como *o critério que ajuda o organismo a selecionar*

²² Rogers, Carl. Tornar-se Pessoa. São Paulo, Martins Fontes, 1977, p.152

²⁵ Rogers, Carl & Kinget,, Marian G. Psicoterapia e Relações Humanas. Belo Horizonte, Interlivros, 1977, p.166.

*experiências: os elementos da experiência que concordam com a imagem do eu, tornam-se disponíveis à consciência, enquanto os que não concordam com essa imagem são interceptados.*²⁶ (...)

Rogers assinala também que sua noção de *self* implica que o indivíduo está sempre procurando o crescimento, a realização (tendência atualizante) e que o desajuste psicológico acontece quando a pessoa permanece estática, fixada em imagens que faz de si mesmo, e não reconhece nem aceita as mudanças que estão ocorrendo no seu organismo e no seu ambiente..

Por essas considerações, pode-se bem reconhecer a importância, que a exata noção de *self* tem, por exemplo, para o ensino centrado no aluno. Na verdade, ao se aceitar, e conseqüentemente aceitar o que se passa no seu organismo, o aluno estará muito mais disponível às experiências novas, podendo ver afastadas uma série de bloqueios que impedem o seu crescimento. Numa palavra, o aluno confiará plenamente que o seu organismo procura de maneira positiva e completa sua realização.” (p.65-66)

“**A congruência ou ajustamento psicológico.** (...) a noção de congruência é uma das menos compreendidas e de mais difícil definição dentro da abordagem centrada na pessoa. Confunde-se o estado de congruência com a simples expressão dos sentimentos, em qualquer hora e lugar, com **sinceridade**, com **autenticidade** da pessoa que não esconde seu pensamento, etc. no entanto congruência é um conceito mais profundo, e sua compreensão merece uma melhor análise.

Quando o indivíduo simboliza corretamente a experiência organísmica, quando não assume uma atitude de defesa diante dos seus sentimentos e está aberto para aceitá-los, quando não os deforma nem os interrompe na consciência, então se diz que ele está num estado de congruência, ajustado e psicologicamente sadio. Numa palavra, o estado de congruência se estabelece quando há um acordo entre o *self* e a experiência, e nesse caso o indivíduo não sente medo dos seus pensamentos, dos seus sentimentos. Estes podem ser de prazer, desgosto, repulsa, simpatia.” (p.66-67)

“**A liberdade experiencial.** A liberdade é o coroamento das dimensões anteriormente descritas, pois viver plenamente, alcançar um funcionamento ótimo da

²⁶ Ibid,p.167

personalidade é um objetivo a alcançar, dentro da abordagem centrada na pessoa...(.)

Para a abordagem centrada na pessoa, a liberdade é acima de tudo um estado interno do indivíduo que está disponível para reconhecer suas experiências, seus sentimentos, segundo sua própria percepção, e não a partir de um foco de avaliação exterior, imposto ao seu organismo. (...)

Nesse sentido, pode a pessoa aprender a ser livre? Rogers acredita que sim, e sugere um aprendizado da liberdade em todos os níveis de conduta. (...) O problema de aprendizagem da liberdade está relacionado com a tendência atualizante, com essa força positiva impulsionando o homem para o crescimento, e com a confiança básica na natureza humana. A pessoa tem dentro de si capacidade para procurar o melhor, para desenvolver-se de maneira positiva, dentro de condições favoráveis. E o indivíduo que confia nas suas tendências, que aceita a experiência, que não vê nos sentimentos, inimigos perigosos a vencer, está sem dúvida aprendendo a ser livre, na medida em que rejeita as fontes externas e privilegia o núcleo interno de avaliação.(...)Viver nessas condições é experimentar o sentimento de ser livre.” (p.67-68)

Em síntese, podemos inferir que as influências tanto da vida pessoal quanto da vida profissional de Carl Rogers, resultaram na elaboração da *abordagem centrada na pessoa* e apontam numa direção:

“a confiança fundamental na pessoa, vista e considerada como um organismo em crescimento, sempre à procura de um funcionamento psicológico ajustado às experiências vividas. Essa confiança é o resultado da verificação empírica, seja no reino vegetal, físico ou animal, de que seres estão direcionados por uma força interna, única, que os leva para mais e melhores resultados.” (Costa, 1980, p.69)

Sendo assim, em síntese temos, que os principais aspectos da abordagem rogeriana, são:

“ - atenção ao impulso sutil, mas sempre existente, em direção ao crescimento, à saúde a ao ajustamento. A terapia

nada mais é que a ajuda para a libertação do cliente em sua busca natural para o crescimento e o desenvolvimento normais.

- maior ênfase aos aspectos afetivos e existenciais, que são muito mais potentes que os intelectuais.
- maior ênfase ao material trazido pelo cliente e à sua situação imediata do que ao passado.
- Grande ênfase no relacionamento terapêutico em si mesmo, que constitui um tipo de entidade orgânica que se forma a partir do encontro entre terapeuta e cliente e que, em si, traz uma forte força para a experiência de crescimento de ambos, cliente e terapeuta.” (Guimarães, 2001, p.5)

E pelo considerado até aqui, é pertinente que se leia *aluno* aonde se inscreve a palavra cliente, relacionamento professor-aluno no lugar de relacionamento terapêutico, lembrando sempre que o foco principal é sempre a pessoa e os relacionamentos interpessoais.

As condições necessárias à aprendizagem, foram abordadas por Rogers no artigo “A Aprendizagem Significativa na Terapia e na Educação”, inserido no livro *Tornar-se Pessoa* de 1961. O conceito de aprendizagem significativa é mais um conceito de destaque da teoria, agora especificamente dentro do campo da educação, É ele mesmo quem diz:

“Por aprendizagem significativa entendo uma aprendizagem que é mais do que uma acumulação de factos. É uma aprendizagem que provoca uma modificação, quer seja no comportamento do indivíduo, na orientação da acção futura que escolhe ou nas suas atitudes e personalidade. É uma aprendizagem penetrante, que não se limita a um aumento de conhecimentos, mas que penetra profundamente todas as parcelas da sua existência.

(...) Por conseguinte, na medida em que os educadores estão interessados em aprendizagem que sejam funcionais, que provoquem modificações no comportamento, que invadam a personalidade e as suas acções, poderão olhar para o domínio da psicoterapia em busca de exemplos e de idéias. Uma certa adaptação à educação do processo de aprendizagem que se verifica em psicoterapia pode oferecer prometedoras possibilidades. (Rogers, 1961, p.254)

Existem outros três pressupostos básicos, apontados por Rogers, que facilitam o processo de aprendizagem do aluno. São eles: *a autenticidade do professor, a sua aceitação (congruência) e a sua compreensão do aluno (empatia)*. (Puente, 1978, p.11).

Sem correr o risco de ser repetitiva, considerando que aqui são retomados alguns conceitos já citados, outros serão acrescidos a partir da contribuição que Faria (1984) nos apresenta, agora direcionados pelo ângulo da educação, temos:

“1ª - Contato com a realidade

Contato com problemas significativos para o sujeito, que são os problemas de sua realidade existencial. Surge desse contato o desejo de aprender ou de se modificar. A questão do ensino poderá ser conectada com questões da vida do aluno, ou mesmo com fatos mais amplos, como um todo, precisa de profissionais competentes para seu progresso e competência internacional.(...) O objetivo, neste caso, é tornar a aprendizagem significativa, pela sua vinculação com as experiências e motivações do indivíduo.

2ª - Autenticidade ou congruência

Para que a terapia ou o ensino resulte eficiente, o terapeuta ou o professor, durante a relação, deve ser sentido como pessoa unificada, integrada ou congruente. Assim, os sentimentos mais profundos do “facilitador” se revelam naquilo que ele diz. Ele é o mesmo em todos os níveis: “organísmico”, da consciência e nas palavras e comunicações. Sem fachadas, ele aceita-se como ele é de fato. Por isso, torna-se pessoa confiável. O professor é uma pessoa e não a “encarnação abstrata de uma exigência escolar ou um canal estéril através do qual o saber passa de geração em geração.” (Rogers, 1961, p.260)

3ª - Aceitação positiva incondicional

A aprendizagem significativa é possível se o professor aceita o aluno tal qual ele é, e não como ele gostaria que fosse.

A “aceitação positiva incondicional” é uma terceira condição, que deve se manifestar sem uma preocupação possessiva que não exige qualquer favor pessoal. O professor aceita os sentimentos do estudante, não apenas nas reações em relação ao trabalho escolar, mas nas atitudes perante os pais ... em toda espécie de atitudes. Rogers vê ligação entre essas atitudes com as aprendizagens mais diversas.” (Rogers, 1961, p.261).

4ª - Empatia

É uma capacidade de captar o mundo particular do aluno, como se fosse o seu próprio mundo, mas sem nunca esquecer esse caráter de “como se”. Isto significa compreender por exemplo as “reações de medo, de expectativa e de desânimo que estão presentes quando se enfrenta uma nova matéria. (Rogers, 1961, p.260)” (Faria, 1984, p.22-23)

À guisa de conclusão, tomo alguns pontos que já foram alvo de críticas e conseqüentemente de análise da teoria rogeriana.

Destaco inicialmente, questões que estão relacionadas à factibilidade da aplicação da teoria ou como alguns querem, da sugestão rogeriana, em outra realidade e tempo histórico. Assim temos que:

“Com efeito , a abordagem centrada na pessoa nasceu e floresceu nos Estados Unidos, país capitalista do mundo ocidental, detentor, no mundo contemporâneo, de um alto poder político, econômico e tecnológico. Nele a democracia parece ter encontrado um campo fértil para se desenvolver, resultando de ideais que a alimentam e a impulsionam. Através das conquistas democráticas, a maioria de seus cidadãos tem acesso aos bens sociais, fruto do seu trabalho, tendo satisfeitas suas necessidades primárias. Dentro desta realidade a abordagem centrada na pessoa tem todas as condições de funcionar como um estímulo ao crescimento da liberdade e da autonomia individuais.” (Costa, 1980, p.113)

Se a teoria rogeriana está imbricada a um estilo de vida e a uma cultura específica, como pensar em adaptá-la em outro país, em outra sociedade com valores e história tão diferentes.

Não se trata de simplesmente adequar a teoria a qualquer custo, como mais um produto de consumo, um modismo intelectual. Antes sim é necessário questionar o sentido e a validade dessa teoria para a realidade brasileira, aqui, em particular, do ensino de graduação de medicina.

É preciso conhecer e respeitar a diversidade das diferentes realidades aonde estão inseridas estas escolas médicas, suas missões e afinidades com a proposta. Neste sentido o trabalho da CINAEM, tem, por mais de uma década, coletado e analisado dados fidedignos. *No Brasil, a abordagem centrada na pessoa deve ser sensível, se quiser ser rogeriana, à uma situação bem concreta, bem determinada.* (Costa, 1980, p.119)

“Falar de uma abordagem centrada na pessoa, no Brasil, é evocar e respeitar as diversidade regionais, as manifestações dos vários grupos étnicos, suas produções culturais, suas maneiras de se expressar e expressar o mundo. Sendo o conceito de pessoa uma abstração, deve-se falar, no Brasil, de um homem do Nordeste, do Centro-Sul, da Amazônia, do litoral, do interior. Sendo o conceito de homem outra abstração, tentar-se-à saber como e onde vive esse homem, quais são seus anseios, suas dificuldades, seus valores, suas crenças, qual o regime econômico e político em que trabalha e produz. (...) Dessa maneira evitar-se-à que a abordagem centrada na pessoa funcione como uma ideologia, como se pudesse estar desvinculada das bases materiais em que se desenvolve e se enraíza.” (Costa, 1980, p.117)

Não posso deixar de citar, que não estamos distantes da produção de uma teoria se não classificada como humanista, é direcionada para a autonomia dos sujeitos, e que também alcançou repercussão internacional. Falo de Paulo Freire, educador brasileiro cujo pensamento tem tido ampla influência na pedagogia contemporânea, sobretudo na área da educação de adultos.

“A coragem de pôr em prática um autêntico trabalho de educação que identifica a alfabetização com um processo de conscientização, capacitando o oprimido tanto para a aquisição dos instrumentos de leitura e escrita quanto para a sua libertação fez dele um dos primeiros brasileiros a serem exilados. (Sophia, 2001, p.6)

Costa pondera que:

“Para Freire, o educando não é somente o que recebe as informações transmitidas por **quem sabe mais**, mas é aquele que redimensiona esse saber e o integra à própria vida, num verdadeiro processo de conhecimento do mundo.” (1980, p.38)

De qualquer forma,

“Rogers foi coerente ao transferir as conclusões de sua experiência terapêutica para o campo da educação, pois seu trabalho não consistia na análise do fenômeno educação nem do fenômeno saúde mental, mas na defesa de uma **atitude** do profissional que facilita o processo de desenvolvimento. É quase a sugestão de um método de viver e trabalhar; daí ser ele mais um pragmático que um teórico; mais um pensador que percebe identificações de suas idéias construídas com as de outros pensadores do que um pensador que se inspira em outros e elabora “sua teoria” a partir dos fundamentos de outros. (Goulart, 1999, p. 97)

Goulart faz um breve registro de alguns pontos críticos relacionados à teoria rogeriana, que frequentemente são apontados como vulneráveis. Entre eles tem destaque a questão da liberdade que é assim tratada:

“A mais temerária consequência do ponto de vista rogeriano é sua hipótese de que possuímos, em termos de existência, o poder de escolher, o que implica em atribuir ao homem a liberdade e a responsabilidade por suas opções. Não se trata de retomar aqui a questão do livre-arbítrio, cuja discussão exaustiva não levou a uma conclusão. É, antes, a recolocação, em primeiro plano, do grau inalienável de liberdade de cada vida humana. Frankl, psicólogo existencial, observando internos nos campos de concentração alemães durante a Segunda Guerra, admitiu que, mesmo sob estados de terrível tensão física e psíquica, o homem pode preservar sua liberdade espiritual e sua independência mental.” (Goulart, 1999, p.97-98)

Por outro lado, Rogers não é ingênuo em negar a influência exercida pelo meio ambiente sobre o homem. Reconhece e valoriza a participação da cultura, da economia, do governo, enfim, do *caldo* sócio-político-cultural aonde se insere esse homem. O que ele na verdade nega, *é a noção de que o indivíduo não passa de um elo entre uma série de causas complexas e predeterminadas e pretende devolver ao homem sua oportunidade de escolher o que aprender e o que mudar em si mesmo.* (Goulart, 1999, p. 98)

Em todo os campos que Rogers atuou, contribui com novos conhecimentos, notadamente para às técnicas de aconselhamento, aonde ele rompe com a prática do silêncio do exercício do psicoterapeuta, documentando seus achados e revelando seus métodos, como no desenvolvimento dos grupos de encontro, que tanto impactou positivamente as instituições, e, particularmente na abordagem centrada na pessoa e por consequência no ensino centrado no aluno.

Em qualquer um desses trabalhos, a sua marca, quase uma grife, está sempre presente, qual seja, sua visão da natureza humana, digna de confiança e dotada de liberdade.

“O seu humanismo consistiu em tornar realidade as possibilidades humanas de criatividade e crescimento, considerar a pessoa no aqui e agora, enfatizar o lugar central do “eu” e libertar as pessoas para a caminhada sem fim de sua vida.” (Goulart, 1999, p.98).

Um fato além de curioso, que hoje é indiscutível quanto a sua ética e competência, socialmente reconhecidas, prende-se a atuação firme (de certa forma revolucionária) de Carl Rogers, em conquistar para os psicólogos o direito de exercerem a psicoterapia, considerando que por volta das décadas de 40-50, essa prática profissional era reserva dos psiquiatras, portanto, dos médicos.

“ele tentava impedir que a medicina sufocasse as profissões de ajuda e que uma só profissão ou disciplina tivesse o monopólio do conhecimento em assuntos humanos. Enfrentando médicos, psiquiatras, psicanalistas e profissionais ligados aos já citados, ele defendeu o ponto de vista de que a ajuda pode ser proporcionada por pessoas que, eventualmente, não tenham recebido uma formação médica.” (Goulart, 1999, p.98)

É ele quem registra:

“A primeira luta travada refere-se à determinação de numerosos membros da classe psiquiátrica de que não deveria permitir que os psicólogos realizassem psicoterapia, nem tivessem responsabilidades administrativas em serviços de “saúde mental”. (...) A discussão girava em torno apenas do ponto de vista de que um psicólogo não deveria liderar um serviço de saúde mental - era simplesmente algo que “não se faz”. “ (Rogers, 1977, p.34)

Mais à frente, demonstrando um certo alívio, relata:

“Fico feliz por informar que a minha dupla designação na Universidade de Wisconsin (nas áreas de Psicologia e Psiquiatria) foi uma solução pacífica para estes desentendimentos. De fato, comecei a formação de um grupo de psicólogos e psiquiatras, que, gradualmente, desfizeram a batalha legal e legislativa incipiente que estava separando estas duas profissões.” (Rogers, 1977, p.35)

No que se refere à educação formal, ele foi um pouco além de um crítico fervoroso, como já descrito anteriormente. Pode-se dizer que ele foi realmente bombástico quando considerou:

“a escola, desde a primária até a universidade, a mais obsoleta, incompetente e burocrática instituição de nossa cultura. Admitiu que a passagem da criança pela escola faz decrescer nela a autonomia e a criatividade. Além disso, considerou o ensino universitário como baseado na falta de confiança do estudante orientado pela imposição dos responsáveis pela educação, percebendo o descompasso entre o que é ensinado e o que a vida requer, considerando que, a menos que a universidade se transforme drasticamente, ela perderá sua importância. Rogers não hesitou em abandonar os meios acadêmicos e científicos, passando a dedicar-se a um trabalho com pessoas comuns, provenientes de meios diversos, mas altamente preocupadas com o desenvolvimento pessoal.” (Goulart, 1999, p.99)

Tomo por minhas, as palavras de Goulart (1999), para concluir que: *por tudo isto, acreditamos que a principal contribuição de Rogers não foi dar-nos uma técnica psicoterapêutica, mas propor uma nova forma de relacionamento interpessoal, na qual as pessoas funcionam mais completamente e são autodeterminadas.* (p.100)

Pode-se então, criticar a *falta de fundamentação teórica deste modelo, mas não se pode negar a visão da realidade e de natureza humana que ele expressa e que vão identificá-lo como uma abordagem fenomenológica.* (op.cit., p.79)

Apoiada nos dizeres de Costa (1980) finalizo:

“(...) a atitude de Rogers em face da terapia, da educação, da pedagogia, da política, da psicologia, da ciência em geral é uma atitude fenomenológica no sentido de que, para ele, o conhecimento tem origem numa experiência que faço de mim e de outros, de maneira imediata, livre de esquemas intelectuais que podem deformá-la. A fenomenologia de Rogers, embora não explicitada por ele, perpassa toda a sua obra, na medida que sugere ser a experiência uma totalidade.” (p.12)

3. OPÇÕES METODOLÓGICAS

As opções metodológicas situam a **análise documental** como um caminho para responder aos objetivos propostos nesta pesquisa.

No dizer de Eco (1983, p.53) “uma tese estuda um objeto por meio de determinados *instrumentos*” e o instrumento por mim escolhido são documentos que tem por tema central a educação médica.

A escolha recai sobre documentos oficiais resultantes de momentos estratégicos do pensar e propor sobre o ensino médico, e mais recentemente da proposta do Programa Saúde da Família, estratégia do modelo assistencial adotado no país, ou seja, do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa decisão, configura assim, uma pesquisa documental, dentro da perspectiva da abordagem qualitativa.

Com relação à abordagem qualitativa:

“é um tópico que tem recebido atenção especial na literatura educacional, haja vista a crescente publicação de artigos sobre o assunto, bem como a sua discussão em reuniões científicas, principalmente na área educacional.”
(André, 1983, p.66)

Embora a origem da pesquisa qualitativa remonte ao século XIX, é nos anos setenta do século XX, que ela vai ter grande destaque quando o modelo de investigação quantitativa, (norteadado pelo modelo científico tradicional), começa a dar mostras de seu limite em responder questões cruciais emergentes da realidade, principalmente na área da educação.

Listar, quantificar os dados não são mais suficientes. Muito além de conhecer a ordem de grandeza da repetência, do abandono escolar, é preciso, apontar as razões intrínsecas destes fenômenos. A década de setenta, é considerada então, um momento histórico para o desenvolvimento da pesquisa qualitativa. É nessa década que um número significativo de investigadores

educacionais denunciam os limites impostos pela investigação quantitativa, apontando suas deficiências em apresentar respostas aos problemas propostos.

André (1986), ressalta que:

“cada vez mais se entende o fenômeno educacional como situado dentro de um contexto social, por sua vez inserido em uma realidade histórica, que sofre toda uma série de determinações. Um dos desafios atualmente lançados à pesquisa educacional é exatamente de tentar captar essa realidade dinâmica e complexa do seu objeto de estudo, em sua realização histórica.” (p.5)

Bogdan e Biklen (1994, p.39) contam que:

“No início dos anos setenta, ainda que os métodos qualitativos não fossem, de modo algum os dominantes, já não podiam ser vistos como marginais. As agências federais de financiamento, tais como o National Institute of Education, manifestaram um enorme interesse por propostas que fizessem uso das abordagens qualitativas, apoiando investigações qualitativas de caráter avaliativo.” (Bogdan e Biklen, 1994, p.39)

É dentro desse cenário que “as abordagens qualitativas apoderam-se da imaginação das pessoas” e é desta forma, que a “investigação qualitativa explodiu em educação.” (op. cit.,p. 40)

Nas décadas de oitenta e noventa, a investigação qualitativa recebe o reforço de uma forte aliada, com a publicação da “revista *Internacional Journal of Qualitative Studies in Education*, especializada em investigação qualitativa em educação. A abordagem qualitativa vai se posicionando com maturidade e complexidade crescentes, consolidando o seu reconhecimento no meio científico”. (Bogdan e Biklen, 1994, p.43)

Procuro trabalhar alguns conceitos, com a intenção de *reconstruir* os questionamentos que foram surgindo, no caminho percorrido até chegar à opção feita, propriamente dita.

A preocupação inicial era com a questão da **pesquisa**. Gil (1991) contribui dizendo que pesquisa é:

“O procedimento racional e sistemático que tem por objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é requerida quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema, ou então quando a informação disponível se encontra em tal estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema.” (p.19)

Enquanto para Santos uma pesquisa se caracteriza segundo o seu procedimento de coleta, que podem ser:

(...) “os métodos práticos utilizados para juntar informações necessárias à construção dos raciocínios em torno de um fato/fenômeno/problema. Na verdade, a coleta de dados de cada pesquisa terá peculiaridades adequadas àquilo que se quer descobrir. Mas é possível apontar alguns procedimentos-padrão, comumente utilizados, aos quais se fazem adaptações de espaço/tempo/matéria, necessárias às exigências de cada caso.” (2000, p. 27)

No que se refere a pesquisa qualitativa, embora um pouco extenso, julgo ser pertinente transcrever o conceito apontado por Bogdan e Biklen, em seu livro *A Pesquisa Qualitativa em Educação* (1994) quanto às características básicas que delineiam esse tipo de estudo. Ressalto que darei maior ênfase aos itens de particular adequação ao estudo aqui proposto.

“Tal como a definimos, a investigação qualitativa possui cinco características. Nem todos os estudos que consideráramos qualitativos patenteiam estas características com igual eloquência. Alguns deles são, inclusivamente, totalmente desprovidos de uma ou mais características.

1. *Na investigação qualitativa a fonte direta de dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento principal.*

2. *A investigação qualitativa é descritiva. Os dados recolhidos são em forma de palavras ou imagens e não de números. Os resultados escritos da investigação contêm citações feitas com base nos dados para ilustrar e substanciar a apresentação. Os dados incluem transcrições de entrevistas, notas de campo, fotografias, vídeos, documentos pessoais, memorandos e outros registos oficiais. (...) A palavra escrita assume particular importância na abordagem qualitativa, tanto para o registo de dados como para a disseminação dos resultados.*

3. *Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos.*

4. *Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva. Não recolhem dados ou provas com o objectivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram recolhidos se vão agrupando.*

5. *O significado é de importância vital na abordagem qualitativa. Os investigadores que fazem uso deste tipo de abordagem estão interessados no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas.”*
(p. 47-51)

A investigação qualitativa em educação assume muitas formas e é conduzida em múltiplos contextos(...). segundo Bogdan e Biklen, aplica-se a expressão “*investigação qualitativa* como um termo genérico que agrupa diversas estratégias de investigação que partilham determinadas características.” (Bogdan e Biklen, 1994, p.16)

Em relação aos **documentos**, Salvador (1974) ressalta que:

“documento ou documentação é toda base de conhecimento fixada materialmente e suscetível de ser utilizado para consulta, estudo ou prova. (...) os documentos podem referir-se a fatos, pessoas ou coisas, apresentando dados, isto é, informações ou afirmações. As informações dão a conhecer a realidade sem emitir qualquer julgamento. As afirmações ou proposições explicam a realidade emitindo juízos ou opiniões.” (p. 48-49)

Laville e Dionne (1999) ilustram que:

“...um documento pode ser algo mais do que um pergaminho poeirento: o termo designa toda fonte de informações já existente. Pensa-se, é claro, nos documentos impressos, mas também em tudo que se pode extrair dos recursos audiovisuais e, (...), em todo vestígio deixado pelo homem.” (p.166)

“Documentos são todos os materiais escritos que podem servir como fonte de informação para a pesquisa científica e que ainda não foram elaboradas”, acrescentam Marconi e Lakatos (1982, p.56)

Salazar apontado por Witter relata que:

“Entende-se por documento qualquer tipo de informação escrita, falada, televisada, desenhada, filmada, computadorizada, ou outra qualquer, que tem certa durabilidade, é caracterizável, passível de análise e teste de validade e de fidedignidade. Apesar de todo o progresso tecnológico o suporte papel, o texto impresso é ainda o mais usado.” (1990, p.7)

Nesta perspectiva, são considerados documentos “quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informação sobre o comportamento humano” (Philips, apud Lüdke e André, 1986, p. 38), incluindo:

“desde leis e regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos, diários pessoais, autobiografias, jornais, revistas, discursos, roteiros de programas de rádio e televisão até livros, estatísticas e arquivos escolares.”

Podem ainda os documentos serem classificados em duas categorias: *“impressos e não impressos. Os primeiros são também denominados bibliográficos e os segundos não-bibliográficos”*. (Witter, 1990, p.19)

Como o interesse recai sobre os documentos impressos temos que:

“Na classificação bibliográfica são incluídos todos os documentos, impressos ou manuscritos. Assim, atas de Congressos, Seminários, Anais, Cartas, Protocolos, Documentos de arquivos, compõem um amplo acervo de pesquisa com que historiadores e outros profissionais podem trabalhar como fontes primárias, para reconstruir a história das instituições, a história sócio-política ou mesmo a história da ciência. Alguns destes documentos são periódicos, como as atas de reuniões de diretorias de Câmaras. Outros são ocasionais, como a ata de criação de uma sociedade científica e a correspondência trocada entre cientistas.” (Witter, 1990, p. 20)

Pode ainda o pesquisador:

“ (...) recorrer, por exemplo, a documentos de referência das associações dos profissionais (caso do “perfil do profissional” em cada área do saber), a documentos (resoluções) do próprio Ministério da Educação para regulamentação das diretrizes curriculares dos cursos de graduação no Brasil, a prontuário do paciente (respeitado as convenções éticas) como documento básico para um estudo de caso, a anuários estatísticos (IBGE) e outros.” (Pádua, 2000, p.66)

No que se refere a **pesquisa documental**, Witter esclarece que:

“... é aquela cujos objetivos ou hipóteses podem ser verificadas através da análise de documentos bibliográficos ou não-bibliográficos, requerendo metodologia (coleta, organização, análise dos dados) compatíveis com os mesmos.” (1990, p. 22)

Pádua, reforça:

“É aquela realizada a partir de documentos, contemporâneos ou retrospectivos, considerados cientificamente autênticos (não-fraudados); tem sido largamente utilizados nas ciências sociais, na investigação histórica, afim de descrever/comparar fatos sociais, estabelecendo suas características ou tendências (...)” (2000, p.65)

Em síntese, indico que: a opção metodológica elege a pesquisa documental como instrumento e que a fonte da pesquisa, entendendo por *fonte* “todo e qualquer documento ligado diretamente ao objeto estudado” (Salvador, p.50) serão os documentos apresentados à frente.

É a recorrência com que a expressão “formação humanista do médico”, aparece de forma imperativa nos documentos que chama a atenção. No entanto essa repetição, sistemática e enfática, sugerindo aparente convicção, demanda maior e melhor explicitação de seus possíveis significados. Que humanismo é esse? A que humanismo se refere?

As possíveis respostas encontradas nesse estudo não servirão para a reprodução direta de seus achados. A intenção é inserir, nesse momento, mais um elemento de reflexão dentro do cenário em construção da reforma da escola médica, respeitando as características próprias de cada uma, sua missão, bem como o da sua inserção social. Pretende-se então, acrescentar dados que possibilitem repensar e aprimorar a reforma da escola médica em transformação, termo proposto pela CINAEM, atendendo as diretrizes de um movimento mundial e que foi desencadeada nacionalmente pela nova LDB. Busca-se ainda, contribuir na direção da formação de uma aluno-sujeito de seu

aprendizado, contextualizado dentro de sua realidade social e responsável pela formação do caráter social e ético do futuro profissional médico.

Finalmente, apoia-se no proposto pelo psicólogo humanista Carl Rogers, como referência teórica a alicerçar essa proposta.

Drumond (2001), professor de Bioética e Ética Médica, contribui escrevendo:

“Vive-se, atualmente, um momento importante para a formação médica brasileira, a ensejar que se tomem iniciativas no sentido de influenciar, de modo efetivo, a formação humanística dos futuros profissionais de medicina, quer na sua graduação, quer na sua formação especializada da pós-graduação.” (p.9)

No tocante à **análise documental**, Lüdke e André (1986) a definem como:

“...uma técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema.” (p.38)

Witter (1990) complementa:

“Quando um pesquisador retoma os registros de uma clínica, de um hospital, de uma escola, de uma biblioteca, de uma fábrica, de uma igreja e os analisa em busca de uma caracterização do saber-fazer-poder ou mesmo do crer que aí ocorreram, está adentrando na área da pesquisa documental” (p.19)

Lüdke e André, apoiadas em Guba e Lincoln, realçam vantagens na utilização da análise documental:

“Em primeiro lugar destacam o fato de que os documentos constituem uma fonte estável e rica. Persistindo ao longo do tempo, os documentos podem ser consultados várias vezes e inclusive servir de base a diferentes estudos, o que dá mais estabilidade aos resultados obtidos.

Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentem afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte “natural” de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto.” (p.39)

Neste escopo, considerando as minhas experiências docentes, o contexto nacional e internacional de discussão sobre a Educação Médica, seleciono como documentos para a presente pesquisa:

1. **Contribuições das Américas à Conferência Mundial de Educação Médica. Projeto de Educação Médica nas Américas (EMA), 1988** – Contribuição das Américas à Conferência Mundial de Educação Médica. Este documento assume significado uma vez que se reporta a um contexto no qual se inscreve o Brasil, partilhando linhas de ação comuns no âmbito da Educação Médica.
2. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Minuta de Resolução do Conselho Nacional de Educação – Agosto de 2001
3. **Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira (1999-2000)** Projeto CINAEM – O documento traz a história de um projeto que tem, a despeito de suas peculiaridades políticas, impactado as propostas de reforma curricular nos cursos de medicina no Brasil, assumindo a formação humanista como um princípio norteador na graduação médica.
4. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar** – Uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, vigente no país – SUS. Programa Saúde da Família. Levando saúde mais perto da família. Ministério da Saúde. Governo Federal.

No que se refere à **análise de dados**, importante acompanhar o que nos dizem Bogdan e Biklen (1994):

“A análise de dados é o processo de busca e de organização sistemático de transcrições de entrevistas, de notas de campo e de outros materiais que foram sendo acumulados, com o objectivo de aumentar a sua própria compreensão desses mesmos materiais e de lhe permitir apresentar aos outros aquilo que encontrou. A análise envolve o trabalho com dados, a sua organização, divisão em unidades manipuláveis, síntese, procura de padrões, descoberta dos aspectos importantes e do que deve ser aprendido e a decisão sobre o que vai ser transmitido aos outros. Em última análise, os produtos finais da investigação constam de livros, artigos, comunicações e planos de acção.”(p.205)

Neste sentido, pretendo desenvolver uma análise qualitativa, entendendo-a como uma busca por apreender núcleos de conteúdos que desvelem o objeto proposto. Tal análise se constitui, como nos situa Bogdan e Biklen (1994), um processo de diálogo com a realidade investigada, reconhecendo os recortes do foco de estudo, assumindo as questões analíticas norteadoras num movimento permanente de aprofundamento da revisão da literatura, coleta e interpretação dos dados e diálogos com as categorias emergentes do campo.

Pádua (2000) escreve que a análise de dados se inicia com a classificação e organização das informações coletadas e que sejam coerentes com o objetivo proposto. Esta fase envolve:

1. “classificação e organização das informações
2. estabelecimento das relações existentes entre os dados coletados
 - ∠ pontos de divergência;
 - ∠ pontos de convergência;
 - ∠ tendências
 - ∠ regularidades;
3. tratamento estatístico dos dados.” (p.78)

As vantagens do uso de dados qualitativos na pesquisa educacional são muitas. *Entre outras, pode-se apontar que eles permitem apreender o caráter complexo e multidimensional dos fenômenos em sua manifestação natural (...). Eles se prestam também, (...), a capturar os diferentes significados das experiências vividas no ambiente escolar de modo a auxiliar a compreensão das relações entre indivíduos, seu contexto e suas ações.*(André, 1983, p.66)

Bogdan e Biklen ajudam a finalizar com o seguinte comentário:

“A investigação qualitativa envolve pegar nos objectos e acontecimentos e levá-los ao instrumento sensível da sua mente de modo a discernir o seu valor como dados. Significa aperceber-se da razão por que os objetos foram produzidos e como isso afecta a sua forma bem como a informação potencial daquilo que está a estudar.” (1994, p.200)

4. HUMANISMO E MEDICINA: UM ENCONTRO POSSÍVEL

4.1 A desumanização da medicina

*“Mas homens são homens
e o melhor deles esquece-se,
às vezes, de que é humano.”
Shakespeare (Otelo)*

A medicina que segundo o dicionário significa, arte ou ciência de evitar, curar ou atenuar doenças, assemelhava-se a um trabalho artesão, um ofício autônomo, aonde o médico integrava o conhecimento à habilidade técnica somada a uma atitude de valorização do ser humano, imprimindo ao ato médico, um caráter humanitário, ou seja, a pessoa, como centro de seu ato profissional, causa e consequência de sua ação.

Os registros da história da medicina, nos relatam que o ato médico era fortemente baseado na relação pessoal, direta, sem intermediação. Mesmo que se posicionassem, face-a-face pessoas de origens, saberes e expectativas diferentes, estava presente também, a sensibilidade de um em ouvir o outro e do outro de se revelar pela fala.

“É tranqüilo o reconhecimento de que o exercício da prática médica, para o qual o aluno de Medicina estará sendo preparado, é essencialmente um encontro entre pessoas: de um lado, o doente, do outro, o médico. Daí a importância de que se reveste a definição de objetivos comportamentais a serem buscados ao longo do processo de ensino-aprendizagem que se desenvolve na escola médica. Falar de relações entre pessoas significa falar do encontro entre valores, próprios e alheios, significa falar do respeito e da delicadeza que devem presidir a realização do exame físico.” (Gonçalves, 1998, p.10-11)

Essa atitude recíproca, de diálogo, tipicamente humano, dava fundamento para que uma relação pessoal se estabelecesse, consolidando o que seria o pilar principal do ato médico: a relação médico-paciente. (Facchini, 1999)

“Todos concordam que a relação médico-paciente é uma raiz insofismável da prática médica. Em tempos idos, praticamente sem equipamentos diagnósticos e terapêuticos, o sucesso do médico dependia principalmente de uma boa relação médico-paciente. Com cada cliente o médico aprimorava sua capacidade de fazer a anamnese e executar o exame físico. Não nos esqueçamos do que era dito àquela época: ‘se o caso está complicado, refaça a anamnese.’” (Marcondes, 1999, p.114)

Opiniões poderiam contestar a intencionalidade dessa atenção, argumentando que àquela época não existiam recursos tecnológicos para se interpor nessa relação, ficaria então a dúvida, se foi por esse caminho que o saber médico se desenvolveu tanto no aspecto técnico quanto em conhecimento, porque não desenvolveu e aprimorou, ainda mais essa habilidade?

No entanto o que se observa com maior frequência, são os médicos que ao olhar seus pacientes, vêm apenas a doença, pois são enfaticamente treinados para serem assim. Provocante é a fala de Siegel nessa direção, que diz que *os médicos que persistem em achar que podem curar a doença sem cuidar da pessoa podem ser excelentes técnicos, mas são médicos incompletos, pois têm um entendimento incompleto da enfermidade*, e portanto da pessoa. (1996, p.110)

Siegel, prossegue em sua argumentação:

“(...) não é possível deixar de notar que nossa capacidade de ajudar os outros a se recuperarem, assim como a nós mesmos, diminuiu tão drasticamente quanto aumentou nossa capacidade de curar doenças. Isso aconteceu porque o conhecimento da natureza humana, que era o principal recurso do médico, foi abandonado como irrelevante na era da ciência. A ciência se tornou uma divindade e distanciou-se do paciente.” (1996, p111)

A incorporação progressiva dos avanços tecnológicos, microscópios, antibióticos, possibilitou atuar efetivamente em cima de causas reais e demonstráveis, como foi o caso da descoberta da bactéria, e desta como agente causal de diversas doenças.

Essas descobertas, se por um lado propiciaram enormes benefícios para a humanidade, por outro, liberaram a medicina de seu compromisso com as características sociais, até então pertinentes às investigações sobre as doenças, afastando-a de sua prática mais direta com o ser humano, sendo talvez o primeiro elemento a se interpor na relação médico-paciente. Dessa forma se inicia um lento, constante e progressivo afastamento entre os pares dessa relação. (Campos, 1999, p. 45)

A relação então, começa a ser alterada de sujeito-sujeito para sujeito-objeto. A visão unicausal, ou seja, para cada doença uma causa real, compara o corpo a uma máquina e interpreta a doença como um mau funcionamento das peças da tal máquina. O papel do médico agora se restringe a saber intervir física e/ou quimicamente, no corpo *coisificado*, apenas para consertá-lo.

O homem como valor central dessa relação, começa a ser “desmontado”. A consolidação do saber e da prática médica sobre a doença e não mais sobre o homem, está inaugurada! Se em outros tempos a premissa era refazer a história da moléstia junto com o paciente, hoje se diz: “se o caso está complicado, solicite mais exames laboratoriais e imagenológicos. Em resumo, a máquina cada vez mais se interpõe entre o paciente e seu médico.” (Marcondes, 1999, p.114)

Falar sobre humanização da medicina, e desta no processo de formação médica, parece ser redundante, mas as palavras nem sempre tem sentido único e óbvio. Se considerarmos que o saber médico é fruto do conhecimento, e que este último é resultado da atividade humana, estaríamos andando em círculos. (Severino, 1998)

Falando de uma forma muito simples, é pressuposto que o ato médico é dependente do ser humano, se não por ele em si, mas pela **vida** que nele se expressa como o bem de maior valor de sua existência.

Dallari, contribui com esse pensar quando diz que:

“O médico, mais do que qualquer outro profissional, tem um compromisso com a busca de proteção e preservação da vida, o que está implícito na simples escolha da medicina como profissão. Exatamente por isso o dever de se colocar sempre a “favor da vida”, figura nos códigos de Ética Médica e deve ser o parâmetro fundamental para todas as dúvidas que o médico possa ter no exercício de sua profissão,(...) a opção do médico é pela vida, pela proteção e preservação desse direito humano fundamental e é a partir desse compromisso que ele deve tomar sua decisão”. (1998, p.34)

Simetricamente, se falamos em humanizar a medicina é possível falarmos em desumanizá-la, e parece ser essa a questão de fundo, que tem sido tão enfaticamente discutida, particularmente nos espaços acadêmicos, envolvendo diversos setores e atores envolvidos no assunto. As repetições sistemáticas da expressão precisam humanizar *a medicina*, de forma tão contundente, parece apontar a necessidade urgente de se recuperar o caráter humano desse ato profissional como se fosse ele, o elo perdido a ser urgentemente recuperado.

O texto de Santos é um exemplo dessas falas e indica que:

“Tão propalada nos discursos, a humanização da medicina requer atenção de pesquisadores, docentes e estudantes. Requer ação interativa-criativa daqueles que a exercem para superar os desafios impostos pelo limite do “saber-fazer-a medicina-que-praticamos” e do desejo de viver com autonomia.” (2000, p. 2)

Ora, se o objetivo é de recuperar essa *qualidade* é porque em algum momento ela deixou de existir, tornou-se pouco expressiva ou foi substituída por outra.

Se humanizar é a medida para se restituir algo que foi bom e se perdeu, é prudente recuperarmos esse passado, como forma de entendermos

o presente e planejarmos o futuro. Tomamos então, por referência, o século XVII, período aonde emerge uma nova forma de conhecimento, como nos coloca o texto a seguir:

“Neste século, caracteriza-se uma ruptura indicada por outra maneira de produzir e conceber o saber no mundo ocidental. O saber, a partir de então, separa-se dos seres; distanciando-se, dissocia e fragmenta, viabilizando o método analítico. Modifica-se toda a forma de relação do pensamento com a cultura, que passa a ancorar-se em oposições: subjetivo x objetivo; natureza x cultura; sociedade x indivíduo; natural x sobrenatural.

A base dessa ruptura é a cisão que divide o homem em corpo e alma, (...) o século XVII é o período que inaugura a divisão entre corpo e alma. Porém, será que a transformação que ocorre nesse período não aprofunda processos que têm origem mais remota? A cisão entre corpo e alma não é algo manifesto em tempos mais antigos?” (Czeresnia, 2000, p.569)

A expressão “tempos mais antigos” pode estar se referindo à filosofia de Platão (427-347 aC) de Atenas, Grécia. Esse filósofo clássico, defendeu a existência de dois mundos: o mundo das idéias, que seria um mundo perfeito e o mundo material, que incluiria o corpo, o desejo, os sentidos, e seria o mundo da imperfeição. As idéias de Platão vão influenciar ainda alguns filósofos da antiguidade e depois dos “epicuristas ela só aparecerá, mais tarde, com Rousseau, Kierkegaard, Sartre, A. Neill, C. Rogers, etc.” (Freire, 1998, p.36)

É no Renascimento, que ocorrem as grandes transformações em todos os setores da sociedade. Época das grandes conquistas, das descobertas de novas terras, do desenvolvimento das rotas de comércio e também de um sistemático processo de valorizar-se o homem.

“Nesse período, René Descartes (1596-1659), um dos filósofos que mais contribuiu para o avanço da ciência, postula a separação entre mente (alma, espírito) e corpo, afirmando que o homem possui uma substância material e uma substância pensante, e que o corpo, desprovido do espírito, é apenas uma máquina. Esse dualismo mente-corpo,

torna possível o estudo do corpo humano morto, o que era impensável nos séculos anteriores (o corpo era considerado sagrado pela Igreja, por ser a sede da alma), e dessa forma possibilita o avanço da Anatomia e da Fisiologia, (...).” (Bock,1996, p. 34)

O pensamento de Descartes (Cartesius em latim) deu origem ao paradigma cartesiano, que influenciou o pensamento médico e:

“resultou no chamado modelo biomédico⁷ que constitui o alicerce conceitual da moderna medicina científica. O corpo humano é considerado uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças: a doença é vista como um mau funcionamento dos mecanismos biológicos, (...)” (Capra, 2000, p. 116)

A Revolução Industrial é o momento histórico que marca o início do desenvolvimento da tecnologia, hoje tão fortemente presente e incorporada no nosso cotidiano.

“A moderna tecnologia, no sentido de maquinários e equipamentos, principalmente a serviço da indústria e agricultura, desenvolve-se a partir da Revolução Industrial, que se iniciou na Inglaterra nos primórdios do século XVIII, espalhando-se rapidamente pelos chamados países desenvolvidos.” (Auler Júnior, 1999, p.58)

Assim como outros setores da sociedade, a medicina se vê fortemente envolvida com o desenvolvimento da tecnologia, que lhe favorece avanços magníficos, como por exemplo, a invenção do microscópio, que comprova e impulsiona o campo da bacteriologia, enaltecendo nomes como o de Louis Pasteur (Teoria Microbiana das Doenças) e Robert Kock (Patologia Celular) fundando as bases de um saber, que tem desdobramentos e aplicações de grande repercussão até os dias de hoje. (Facchini, 1999)

⁷ “O modelo biomédico é, com freqüência, chamado simplesmente de modelo médico. Entretanto, usarei o termo “biomédico” para distingui-lo dos modelos conceituais de outros sistemas médicos, como o chinês.” (N. do A.)

As práticas médicas alteram seus parâmetros de intervenção e enfrentam os movimentos de reordenamento de uma profissão que alterou, significativamente, suas relações com o seu objeto de conhecimento e de atuação. Tal alteração parece ter sido na direção de um certo esvaziamento da postura chamada humana.

São inúmeras as falas, textos, eventos que manifestam explicitamente a premência de se *re*humanizar a medicina, correndo o risco de se transformar num clichê, que como tal passa a ter inúmeros significativos mas se esvazia em relação ao seu conteúdo

A título de ilustração cito o exemplo da Revista Provão (1999), veículo de divulgação da Diretoria de Avaliação e Acesso ao Ensino Superior do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação, que apresenta, entre os seus sete itens que caracterizam o perfil do profissional a ser formado, estes abaixo:

“ - cidadão com atitude ética, formação humanística e consciente da responsabilidade social;
- capacidade de saber lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente; (...)” (p.25)

O setor de serviços de saúde, fortemente representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), expressa a seguinte posição:

“...não há análise ou relatório relativo à questão dos recursos humanos para a saúde, oficial ou não, procedente das universidades ou dos serviços que não aponte como área crítica do sistema, sendo um dos seus principais pontos de estrangulamento, a questão da inadequação do perfil dos profissionais formados às necessidades de atendimento no país. Normalmente as questões levantadas são quanto desbalanceamento entre profissionais gerais (quase inexistentes) e especializados, ao uso abusivo de procedimentos sofisticados e de alto custo e à impessoalidade ou mesmo desumanização do atendimento, representadas pela abordagem fragmentada e parcial do indivíduo, desvinculada de seu contexto psicossocial.” (Neto, 1996, p.7)

Encontro ecos da discussão sobre humanização da medicina na singela, mas carregada de significado, nota encontrada nas páginas de um velho jornal:

Médicos

“A cultura ocidental é a culpada da indiferença e da frieza que marcam o comportamento de muitos dos nossos médicos. Eles aprendem na faculdade a enxergar o paciente como um objeto de estudo. Não percebem que quando o ser humano está doente precisa de uma palavra de carinho. Às vezes essa terapia acaba sendo mais eficiente que os remédios.” (Aldequieri, 1996, coluna do leitor)

Todos esses exemplos parecem corroborar com as palavras de Sgreccia:

“Fala-se hoje da ‘humanização da medicina’, mas sob esse termo se escondem conceitos diversos, ou se prefere, complementares entre si: há quem entenda essa expressão como a importância da relação intersubjetiva entre o paciente e o pessoal da saúde diante da invasão da tecnologia ou da massificação dos hospitais; há quem a entenda como a introdução aos estudos humanísticos, especialmente da psicologia, nos planos de estudo das Faculdades de Medicina; mas o significado mais profundo dessa tolerância, de certo modo recapitulativo em relação aos precedentes, consiste no reconhecimento da dignidade de pessoa em todo ser humano, indo como veremos, do momento da concepção até o momento de sua morte, com a consciência também de sua espiritualidade e imortalidade.” (1996, p.111)

Neste sentido, intenciono discutir as concepções sobre a formação humanista, presente em documentos relativos à educação médica, como um meio de contribuir para concretizar uma medicina que tenha o homem, abordado em suas múltiplas dimensões e sujeito de sua ação. É nisso que eu acredito.

Sinto falta da contribuição teórica, e certamente da riqueza de informações que autores como Michel Foucault, (O Nascimento da Clínica), Ganguilhem, (O Normal e o Patológico), Fritjof Capra, (O Ponto de Mutação), entre outros, poderiam dar a esse capítulo. Mas infelizmente opções, nem sempre fáceis, têm que serem feitas com vistas ao cumprimento de algumas metas.

Fica registrado o reconhecimento de suas obras e o silêncio, neste texto, em relação a esses valorosos autores. Comprometo-me a recuperá-los, em estudos futuros.

Mais uma vez, me apoio em Siegel, com o objetivo de encerrar esse capítulo, ao mesmo tempo em que tomo a liberdade de fazer um trocadilho com as palavras, como mais recurso de deixar explícito o meu pensar.

“Os pacientes (**cliente, alunos**) querem ser vistos como pessoas. Pra mim, a vida da pessoa vem em primeiro lugar (**e tudo o que a ela diz respeito**), a doença (**o ensino, a aprendizagem**) é apenas um aspecto dela, que posso ajudar meus pacientes (**clientes, alunos**) a usar para redimensionar a sua existência.” (1996, p.107) (N.A.em negrito)

Não posso encerrar esse capítulo, deixando que o recurso do jogo das palavras acima, permita o falso entendimento de que eu esteja comparando doença com o ensino e a aprendizagem. Reafirmo a minha intencionalidade em jogar luz em cima da **pessoa** e do maior brilho que elas refletem, a **vida**, sendo o ensino e a aprendizagem, mais um ângulo dela.

4.2 O que dizem os documentos na direção da humanização

Os textos aqui apresentados, formam o conjunto dos documentos selecionados como objeto desse estudo.

Nas duas últimas décadas, acumula-se no Brasil numerosos estudos e produção de documentos acerca do ensino médico, não como um fenômeno isolado, mas como reflexo das discussões que se acumulam no mundo, e consequentemente na América Latina.

A escolha em particular destes documentos, deveu-se a força de sua representatividade neste cenário que Chaves (1996:21) chama de “transição paradigmática da educação das profissões da saúde no mundo e em particular no Brasil”.

São então, textos que compõem o conjunto teórico, os marcos referenciais, que vem alicerçando o processo de reformulação do ensino médico. Estes documentos preocupam-se, principalmente, com o papel da escola médica, dentro de uma perspectiva maior que é o sistema de atendimento à saúde, entendida na sua forma mais ampla, ou seja, muito além da compreensão da saúde como mera oposição à doença, tomada no seu aspecto puramente biológico.

Detalhar as transformações históricas do desenvolvimento da escola médica brasileira, embora muito fascinante, não é objeto central deste estudo. Pretendo então, apresentar sucintamente, alguns fatos e datas que delimitem o momento histórico e sua importância no contexto.

É preciso de imediato ressaltar que vou dar maior valor de destaque ao conteúdo dos textos que se relacionar com a questão da abordagem ou com a diretriz humanista, na direção da formação médica.

A escola médica, que em 2008 completará dois séculos de existência, tem no seu desenvolvimento, duas fases marcantes e distintas. Inicialmente, o ensino médico, sofre forte influência da escola européia, em particular a de Paris, assumindo a metodologia do ensino-aprendizagem a partir da observação

clínica, ou seja, do *exame físico do doente, (...) e o modelo da pedagogia médica à beira do leito* (Schiller, 2000, p.115) tendo o hospital como espaço privilegiado para essa ação. O hospital passa a ser o grande centro de estudo e incorporação das descobertas obtidas até então, por consequência, o grande receptor das tecnologias e da emergente indústria farmacêutica.

Segundo Batista:

“O modelo pedagógico era orientado pelo academicismo francês e, nos institutos de pesquisa, pela influência alemã. Ao longo do tempo ocorreram sucessivas reformas apontando para o progressivo distanciamento da influência francesa, substituída pela hegemonia da escola americana.” (1998, p. 23)

No início do século XX, já se fazia notar um certo descompasso entre o profissional formado e as demandas apresentadas pela sociedade, principalmente no que se referia à responsabilização pelo exercício da profissão, e a recorrência de erros médicos, tornava-se preocupante. É nesse espírito de descontentamento, que se voltam os olhos para as escolas médicas. Em consequência desse cenário surge na América do Norte um intenso movimento porque:

“... havia nos Estados Unidos um número grande de escolas isoladas, de fins lucrativos, sem vínculo com universidades. Sentia-se a necessidade de melhorar o padrão de ensino médico e do estabelecimento de padrões para a escola médica que servissem como base até mesmo para o fechamento de muitas escolas existentes.” Chaves (1996, p.25)

Nessa perspectiva, a Fundação Carnegie para o Progresso do Ensino, encomenda a Abraham Flexner uma avaliação aprofundada das escolas médicas americanas, que resulta na publicação do Relatório Flexner, em 1910.

Chaves completa:

“Nesse sentido o objetivo do estudo feito por Flexner atingiu seu objetivo e o relatório Flexner é hoje considerado um marco no desenvolvimento do ensino médico nos Estados Unidos.” (1996, p.26)

A escola médica no Brasil desenvolve seu modelo de ensino influenciado pelo Relatório Flexner, que na fala de Batista, se deu da seguinte forma:

“vinculação das escolas de medicina à Universidade, criação dos Departamentos em lugar das Cátedras, desenvolvimento do ensino e pesquisa em ciências básicas, criação do ciclo básico diferenciado do ciclo profissional ou clínico e incorporação do hospital como campo fundamental do treinamento clínico.” (1998:24)

Batista ainda observa:

“Independente das intenções de Flexner ao elaborar o Relatório, a consequência mais preocupante é a incorporação do hospital como campo fundamental do treinamento clínico. Isso ocorreu na maioria das escolas brasileiras desencadeando a ênfase quase que exclusivamente hospitalocêntrica do ensino médico de graduação.” (1998:25)

O destaque dado à concentração das atividades tanto de ensino quanto da assistência dentro do hospital, é antes de tudo, uma ressalva para salientar o quanto esse espaço vai incorporar, quase que exclusivamente, a doença, e é ela que vai se tornar a entidade privilegiada de atenção, ou seja, o principal instrumento pedagógico na formação dos médicos. O homem, seus

sentimentos, seus valores pessoais, suas relações de vida, serão extirpados de consideração, dentro desse ambiente e desse modelo pedagógico.

É na consolidação deste processo, que a partir dos anos 50 (século XX), se inicia o que Batista chamou de *segunda fase da escola médica no Brasil*. (1998, p. 24)

A rápida e profunda transformação da sociedade brasileira, nesse período, notadamente marcada pelo intenso desenvolvimento da indústria nacional, demandam a criação de estruturas que organizem o desenvolvimento do conhecimento científico e tecnológico nacional. Dentro deste contexto é que surgem a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior) e o CNPq (Conselho Nacional de Pesquisa).

As mudanças que vão ocorrendo no setor da saúde, são reflexos de mudanças mais amplas da sociedade humana. Busca-se dar respostas à insatisfação da sociedade tanto com os serviços de saúde quanto à formação dos profissionais da área.

Chaves denuncia um paradoxo:

“Ao mesmo tempo em que o avanço da ciência médica aumentou nossa capacidade de intervir na evolução natural do ciclo vital criou problemas sérios de **desumanização** (grifo meu) das práticas médicas, que as profissões da saúde e a sociedade como um todo vem tentando resolver.” (1996, p.25)

Batista complementa:

“Da insatisfação com o médico que está sendo formado, passando pela identificação de inadequações profundas nos modelos pedagógicos (filosofia, perfil do aluno, currículo, estratégias educacionais e práticas avaliativas), até o desconforto por denúncias recorrentes de uma população que luta por melhores condições de saúde, o ensino médico vive momentos de avaliação, reconsiderando rumos e objetivos.” (1998, p.159)

E reconsidera que:

“Nas últimas décadas, reformulações curriculares têm proposto a modernização e adequação do curso médico à **realidade social** (grifo meu). No entanto, freqüentemente nos deparávamos e continuamos a nos deparar com importação acrítica de modelos que pouco têm em comum com a nossa realidade social, cultural, econômica e política.” (op cit., p.24)

O século passado, principalmente na sua segunda metade, foi estratégico ao encarar esse desafio, qual seja, repensar a escola médica, como denotam o número expressivo de eventos que ocorreram sobre o tema, tanto ao nível internacional, quanto nacionais e regionais.

São documentos produzidos nesses momentos que seleciono como foco de interesse e destes me proponho a destacar a formulação que eles apresentam na direção da formação humanista em medicina.

Relaciono abaixo, os documentos selecionados, considerando a minha experiência enquanto docente de medicina da PUC-Campinas, e os que representam momentos estratégicos desse processo:

- 1. Contribuições das Américas à Conferência Mundial de Educação Médica. Projeto de Educação Médica nas Américas (EMA), 1988** – Contribuição das Américas à Conferência Mundial de Educação Médica. Este documento assume significado uma vez que se reporta a um contexto no qual se inscreve o Brasil, partilhando linhas de ação comuns no âmbito da Educação Médica.
- 2. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.** Minuta de Resolução do Conselho Nacional de Educação – Agosto de 2001
- 3. Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira (1999-2000)** Projeto CINAEM – O documento traz a história de um projeto que tem, a despeito de suas peculiaridades políticas, impactado as propostas de reforma curricular nos cursos de medicina no Brasil, assumindo a formação humanista como um princípio norteador na graduação médica.

4. **Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar** – Uma estratégia de reorganização do modelo assistencial, vigente no país – SUS. Programa Saúde da Família. Levando saúde mais perto da família. Ministério da Saude. Governo Federal.

**Contribuições das Américas à Conferência Mundial de Educação Médica.
Projeto de Educação Médica nas Américas (EMA), 1988**

O projeto **Educação Médica nas Américas (EMA)**, foi criado em 1986, com o objetivo de refletir sobre o futuro da Educação Médica, a partir das considerações sobre os avanços tecnológicos e as intensas mudanças sociais, ocorridas nas últimas décadas, desenhou um perfil do médico que se deseja para o século XXI.

O documento que se apresenta para análise, é resultado de uma etapa do processo de trabalho do projeto EMA, de responsabilidade da Federação Pan-Americana de associações de Faculdades de Medicina (FEPAFEM) e se dedica nesse primeiro momento ao estudo do documento **“Seis Temas Fundamentais”**, citados abaixo, proposto pela Federação Mundial de Educação Médica (WFME) com vistas à Conferência Mundial de Educação Médica que se realizou em agosto de 1988, em Edimburgo, na Escócia.

Nesta fase, dezoito países participam respondendo a trinta e duas questões, que compunham o citado documento. Após a tabulação destas respostas o grupo coordenador do Projeto EMA elaborou o documento **“Contribuição das Américas à Conferência Mundial de Educação Médica”**.

O documento é então organizado em subdivisões temáticas, na seguinte ordem:

1. Prioridades educacionais para as escolas médicas, dentro deste tema, são destacados os tópicos:

- ↘ necessidade de mudanças na educação médica;
- ↘ importância da formação científica do médico
- ↘ perfis educacional, profissional e de morbimortalidade
- ↘ equilíbrio entre formação científica e preparo para prestação de serviço
- ↘ terminalidade do curso médico

- ↘ preparo para ações de promoção da saúde e prevenção de doenças
- ↘ base da educação médica continuada
- ↘ base do trabalho em equipe
- ↘ articulação ensino-serviço
- ↘ formação ética e humanista do médico

Destaco alguns trechos deste último item, dado sua pertinência para o estudo:

“As escolas devem proporcionar aos alunos formação integral, assegurando-lhes, também, sólida base ética, atitude humanitária e de serviço à comunidade; precisam gerar atitudes e valores que permitam cercar o ato médico da dimensão humana e ética que o deve caracterizar.” (p.4)

2. Estratégias educacionais para as escolas médicas

“Cada escola deve dirigir seus esforços na busca do equilíbrio entre as diferentes disciplinas que integram a estrutura curricular, tanto biomédicas, humanísticas, ou relativas à epidemiologia e à administração, objetivando relacionar o conhecimento às habilidades, às atitudes e aos valores a serem desenvolvidos durante a graduação” (p.6)

“É primordial aperfeiçoar os procedimentos de avaliação para medir, não só os conhecimentos, mas, também, as competências para o desempenho profissional. Considerando que as competências implicam conhecimentos, habilidades e **atitudes** (grifo meu), é indispensável que todos esses componentes sejam avaliados com procedimentos apropriados, que assegurem a validade dos resultados.” (p.8)

3. Recursos para as escolas médicas

4. Política de admissão às escolas de Medicina e força de trabalho médica.

“Reconhecida a insuficiência da avaliação baseada em medida de conhecimentos, quer para a seleção, quer para a progressão dos alunos, sugerem-se procedimentos adicionais, como a entrevista e testes psicológicos, para explorar características da personalidade essenciais para o estudo e prática da Medicina. Recomenda-se Ter em conta o estado de saúde física e mental; inteligência e raciocínio lógico; vontade de superação e persistência na ação; atitude **humanitária** (grifo meu) e de serviço; capacidade de trabalho em equipe; formação moral e intelectual; aptidão para administrar; hábitos de estudo e auto-aprendizagem; capacidade para transmitir informação. Alguns desses atributos são de natureza subjetiva, e podem prestar-se a favoritismos, por motivos políticos, sociais, ou de compromisso; outro deles, como inteligência e raciocínio lógico, podem ser avaliados objetivamente por meio de testes específicos.” (p.17)

5. Relações entre as diferentes etapas da Educação Médica

“As escolas de Medicina, além de promoverem o desenvolvimento de hábitos de aprendizagem permanente, devem ser co-partícipes da educação continuada. As deficiências no desempenho profissionais, identificadas nessa fase, devem ser comunicadas aos responsáveis pelos programas de ensino de graduação e pós-graduação, com vistas à correção oportuna.” (p.21)

6. Articulação entre as diferentes etapas da Educação Médica

Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.
Minuta de Resolução do Conselho Nacional de Educação – Agosto de 2001

Com o objetivo de resgatar os passos anteriores que contextualizem a inserção desta Minuta de Resolução, no caso específico dos Cursos de Graduação em Medicina, recupero em alguns documentos oficiais, dados que contribuam para essa compreensão.

O Ministério da Educação e do Desporto – MEC – através da Secretaria de Educação Superior – SESu , convoca as Instituições de Ensino Superior (IES) a apresentarem propostas para as novas Diretrizes Curriculares dos cursos superiores, que serão elaborados pelas Comissões de Especialistas da SESu/MEC. (Edital nº 4/ 97)

Em atenção a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996), que determina como atribuição da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação a deliberação sobre as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação propostas pela SESu/MEC com o auxílio das Comissões de Especialistas, são elaboradas um elenco de informações básicas, com o propósito de nortear esses trabalhos.

As novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação, trazem como uma de suas principais marcas a ruptura com o antigo modelo de grades curriculares herméticas, que em geral, cerceavam a autonomia das IES tanto na definição de sua missão, quanto na não valorizavam da realidade em que se inserem.

Nessa nova inscrição as Diretrizes Curriculares passam a servir de referência para as IES, na organização de seus programas de formação, permitindo uma flexibilização na construção dos currículos plenos e privilegiando a indicação de áreas do conhecimento a serem consideradas, ao invés de estabelecer disciplinas e cargas horárias pré-definidas. (SESu/MEC, edital n.º 4/ 97)

Compete ainda as Diretrizes Curriculares, contemplar a especificidade de diferentes formações e habilitações para cada área de conhecimento, explicitando os objetivos e demandas existentes na sociedade.

Em relação a competências e habilidades desejadas, o edital n.º4/ 97 traz:

“As diretrizes Curriculares devem conferir uma maior autonomia às IES na definição dos currículos de seus cursos. Desta forma, ao invés do atual sistema de currículos mínimos, onde são detalhadas as disciplinas que devem compor cada curso, deve-se propor linhas gerais capazes de definir quais as competências e habilidades que se deseja desenvolver nos mesmos. Espera-se, assim, a organização de um modelo capaz de adaptar-se às dinâmicas condições de perfil profissional exigido pela sociedade, onde a graduação passa a ter um papel de formação inicial no processo contínuo de educação permanente que é inerente ao mundo do trabalho.”

Em relação aos conteúdos curriculares as Diretrizes Curriculares servirão como uma referência para que cada IES defina seu currículo pleno, considerando os conteúdos básicos e os profissionais essenciais para o desenvolvimento de competências e habilidades requeridas para os egressos de cada área e curso. Apesar da inclusão de conteúdos essenciais, que tem por objetivo garantir uma certa uniformidade para os cursos oferecidos, as IES terão liberdade para definir livremente pelo menos metade de sua carga horária para a obtenção do diploma, de acordo com suas especificidades. As novas Diretrizes Curriculares direcionam a construção de currículos mais flexíveis, que não priorizem a transmissão de conteúdos, mas antes sim, passem a proporcionar aos alunos a construção de seu próprio conhecimento. “Desta forma os currículos devem ser organizados de forma integrada, em complexidade crescente e propiciar ao aluno condições para que entre o mais precocemente possível em contato com a realidade social.”⁸

⁸ Avaliação do Projeto de Reestruturação Curricular do Curso de Medicina, PUC-Campinas, abril de 2000. (mimeo)

É neste contexto, que compete ao presidente da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, Sr. Arthur Roquete de Macedo, orientado pela Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995 e com fundamento no Parecer CES 1.133/2001 de 07 de agosto de 2001, peça indispensável do conjunto das presentes Diretrizes Curriculares Nacionais, homologadas pelo Sr. Paulo Renato de Souza, Ministro da Educação, institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de educação Superior do País.

O documento é composto por quatorze artigos no seu conjunto e receberá recortes de destaque, que são mais relevantes com os objetivos desse estudo.

No entanto, dada a sua pertinência com o tema em questão, opto por transcrever na íntegra o Art. 3º - O ensino de graduação em Medicina tem o objetivo de formar profissionais em uma única habilitação com o seguinte perfil de formação e competência:

- postura ética, visão humanística, senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania;
- orientação para a proteção, promoção da saúde e prevenção das doenças;
- capacidade de compreensão, integração e aplicação de conhecimentos básicos na prática profissional;
- orientação para atuar em nível primário e secundário de atenção e resolver com qualidade os problemas prevalentes de saúde;
- capacidade para o primeiro atendimento das urgências e emergências;
- capacidade para comunicar-se e lidar com os múltiplos aspectos da relação médico-paciente;

- capacidade de aprendizagem contínua durante toda a vida profissional e de auditoria do próprio desempenho;

Esses dados, entre outros, serão apresentados em forma de tabela, à quisa de maior evidência, logo mais à frente.

Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira. (1999-2000)
Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico-
CINAEM

Instituições que compõem a Comissão:

Academia Nacional de Medicina
Associação Brasileira de Educação Médica
Associação Médica Brasileira
Associação Nacional dos Médicos Residentes
Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras
Conselho Federal de Medicina
Conselho Regional de Medicina de São Paulo
Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro
Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina
Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior
Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

A avaliação do ensino médico brasileiro é bem anterior ao processo desenvolvido pela Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM). Em mais de dez anos de atividades ininterruptas, a inovação do Projeto CINAEM encontra-se na forma adotada para realizar a avaliação e objetivos. Enquanto as iniciativas tradicionais julgam a qualidade para classificar, o projeto CINAEM traz como objetivo principal a avaliação dos componentes da qualidade para a transformação da realidade revelada através de diferentes metodologias e instrumentos.

Do ponto de vista técnico, o Projeto CINAEM é um estudo multicêntrico, onde as informações geradas em cada escola passam a compor um banco único de dados, cuja articulação revela as características do processo de formação em medicina, docência médica, gestão, projeto institucional das escolas, e avaliação. Entre as dimensões estudadas, o desempenho cognitivo dos alunos tem merecido especial atenção. Os resultados da avaliação cognitiva, das linhas de ação e suas associações revelam as possibilidades de intervenção sobre a realidade do ensino médico brasileiro.

O projeto CINAEM, foi dividido em três fases, a saber:

Primeira fase: dedicou-se a avaliar a adequação dos médicos que as escolas médicas formam. Participaram 76 escolas, que responderam questionário auto-aplicado, respondido por representantes de cada escola. Os tópicos avaliados foram: estrutura política-administrativa e econômica-administrativa, recursos materiais e humanos, modelo pedagógico, atividades de pesquisa e extensão e características dos médicos formados.

O resultado da tabulação dos dados resultou em 45% da qualificação desejada.

Segunda fase: trabalha com os resultados dos dados da 1ª fase com a finalidade de estabelecer categorias que melhor representem o desempenho do médico formado. As oficinas de trabalho com ampla participação do corpo docente, discente das escolas, viabilizaram o processo de construção coletiva de novos métodos, técnicas e instrumentos para avaliação da educação médica. Verificou-se através dos testes qualificação cognitiva (TQC) que os alunos ingressam no estágio com 39% do conhecimento estimado e no final do internato (última fase da graduação) atingem 51% do conhecimento desejado para um médico (formação geral).

Terceira fase: avaliou o crescimento cognitivo ano a ano do curso, a respectiva curva de crescimento e o nível de conhecimento do formando. Desenhou o perfil do médico que se deseja formar e a escola médica necessária para esse objetivo, tanto na questão da formação docente necessária quanto da opção metodológica.

O documento *Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira* (2000), descreve:

“O objetivo geral desta terceira fase foi de estimular a manutenção e ampliação do movimento social desenvolvido nas fases anteriores do Projeto CINAEM. Além disso, buscou-se proporcionar a construção coletiva de uma proposta para a transformação da Escola Médica de acordo com novos

paradigmas, capazes de viabilizar a formação de um médico adequado às demandas sociais.

Os objetivos específicos traçados para essa fase envolveram o estímulo à formação de núcleos de educação médica nas escolas médicas brasileiras; a construção de uma agenda regional e nacional de eventos com a finalidade de promover a socialização das experiências das escolas, e delineamento do novo processo de formação, considerando as diretrizes para transformar a educação médica.” (p.10)

“Abrindo a porta para a Dona Saúde Entrar” – uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial – Programa Saúde da Família - SUS.

Em 1988, com a promulgação da 8ª Constituição Federal Brasileira, o país adotou o Sistema Único de Saúde (SUS), como modelo de atenção para as ações e os serviços de saúde, reordenados dentro de uma nova formulação política e organizacional.

O SUS “não é um serviço ou uma instituição, mas um Sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos integrantes do sistema, referem-se ao mesmo tempo, às atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde.”⁹

É único, porque ele segue a mesma doutrina e os mesmos princípios que o organizam em todo território nacional, com atribuições específicas das três esferas de governo, municipal, estadual e federal.

É saúde, para marcar uma posição de oposição às ações assistenciais que privilegiam quase que exclusivamente, a doença, e não a pessoa na sua integralidade biopsicosocial.

O Programa Saúde da Família (PSF), é uma estratégia de reorganização da Atenção Básica, dentro do SUS, com o objetivo de tornar mais eficaz a forma atual de prestação de assistência, ainda não cumpridora de forma plena, de suas diretrizes fundamentais, entre elas a da acessibilidade.

A prática do programa viabiliza, finalmente, o cumprimento dessa diretriz, ou seja, “garantir a população o acesso a rede de saúde, através dos serviços de nível primário de atenção que devem ser qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam os serviços de saúde”⁸.

Sendo assim, a organização do programa resulta numa maior aproximação *das e com* as pessoas, organizadas no seu núcleo familiar,

⁹ ABC DO SUS – Doutrinas e Princípios – Ministério da Saúde-Secretaria Nacional de assistência à Saúde. Brasília, 1990.

tornando a assistência mais abrangente, de forma contínua e qualificada, oportuna e principalmente humanizada.

Como o foco agora é a saúde, e não mais a doença, o PSF incorpora uma característica muito particular de desenvolver ações em parceria com outras áreas como a educação, saneamento, meio ambiente entre outros setores da sociedade, almejando conquistar uma maior qualidade de vida, ao mesmo tempo que intervêm nos fatores de risco.

Os documentos anteriores, tinham por característica o espaço acadêmico ou o de elaborar diretrizes para a organização deste. Outro fato comum presente nos documentos é o delineamento do perfil do médico a ser formado. Nesse aspecto há freqüentes inferências quanto a coerência entre a formação terminal do médico e a realidade, representada pelos espaços mais típicos de atuação dos médicos, ou seja, os serviços.

Mais recentemente, como no caso da Minuta de Resolução, o SUS aparece citado explicitamente, e “a questão da inadequação do perfil dos profissionais formados à necessidades de atendimento no país”, surge quase como uma denúncia. (Neto, 1996, p.7)

“O SUS (e todas as tendências internacionais) propugna um outro paradigma, mais holístico, tanto em termos de compreensão de determinação do nível de saúde individual e coletivo, quanto em relação a uma abordagem mais racional, representada pelo planejamento de ações e serviços e acesso da população, de acordo com as suas necessidades, o que significa a oferta da assistência desde o nível primário até o mais especializado, num sistema hierarquizado, de maneira a que todos possam se beneficiar do sistema, sabidamente carente de recursos.” (op. cit., p.8)

A escola médica, nesse sentido, deveria ser a primeira a dar o exemplo de adotar já na graduação, o exemplo de cumprir os princípios e as diretrizes técnicas e éticas dos SUS, aprofundando esse relacionamento, buscando assim, formar um profissional mais adequado às reais necessidades das pessoas .

A inclusão desse documento entre os anteriores, vai se justificar pelo até agora exposto e pela sua afinidade, com o tema em estudo.

O Programa Saúde da Família – PSF, foi elaborado em 1994, pelo Ministério da Saúde e vem se desenvolvendo, progressivamente em todo território nacional, como estratégia de reformulação da atenção primária, como forma de impactar verdadeiramente, a condição de vida e saúde da população brasileira.

Considerando a atualidade de sua proposta, e o pouco tempo de implantação o PSF parece estar vivendo seu momento de apogeu enquanto entendimento de sua proposta e a velocidade de sua implantação por todo o país. Há uma energia vibrante em torno de sua metodologia e das metas a serem atingidas, mas ainda é cedo para avaliação de sua eficácia, o que certamente se coloca como um desafio muito próximo para férteis estudos e pesquisas, que gerem novas análises, reavaliações, reordenamento, novos estudos, pesquisas...

Como o PSF muda o lugar habitual de ação do médico, qual seja, os hospitais, as clínicas e mesmo os consultórios dos centros de saúde, levando-os para junto da realidade social, da vida na sua expressão do cotidiano e ainda mais intimamente, para o interior das casas das pessoas, tem causado um certo impacto e implicado numa mudança de atitude destes profissionais.

É praticamente impossível não ser impressionado por essa nova realidade que induz a uma *reconceituação* de valores individuais e de atitudes, sendo necessário rever os conceitos que permeavam uma formação com o enfoque no objeto-doença e reestruturar essa visão agora com o enfoque do sujeito-pessoa, ser humano, pleno, integral e integrado à sua realidade.

As relações serão alteradas, principalmente as interpessoais, o que certamente demandará um investimento maior na direção de uma formação mais humanista, que adjective e qualifique essas relações.

Se a parceria entre o ensino e o trabalho, formarem alianças coerentes, que reduzam as dicotomias até então prevalentes, é de se esperar/desejar que as escolas médicas formem profissionais cada vez mais capacitados não só para

atender, mas terem a sensibilidade de captar as necessidades da população, através de uma postura cada vez mais competente, ética e humanista.

4.3 A possibilidade de um encontro

A colocação preliminar dos documentos, mesmo que breve, se propunha a fazer uma apresentação inicial, bem como localizá-los no seu tempo e espaço históricos.

Esse capítulo retoma os documentos, agora numa nova formatação, na expectativa de tornar a visualização mais nítida do encontro entre o humanismo presente na teoria rogeriana e os *humanismos* encontrados nos documentos.

É dessa forma que caminho na direção do proposto por Pádua¹⁰, em relação a análise dos dados, buscando se não uma classificação uma organização das informações, recortadas dos documentos originais.

Assim, cada um dos documentos será apresentado na forma de tabela que será subdividida a partir dos **eixos de análise**, assim descritos:

- **Referência** a termos que aparecem explicitamente na proposta de Carl Rogers, como por exemplo, experiência significativa, centrado no aluno, facilitador, etc., caracterizando assim, os pontos de convergência.
- **Articulação** com expressões afins, como por exemplo, ética, cidadania, promoção à saúde integral, etc., caracterizando as tendências.
- **Atitudes** em relação a atitudes¹¹ que remetam para o humanismo, como por exemplo, compreensão, comunicação, confiança, etc.

¹⁰ Ver capítulo: Opções Metodológicas, deste texto.

¹¹ A compreensão do termo atitude, inscreve-se na perspectiva descrita nas obras de Carl Rogers.

O recurso de negritar as palavras, é utilizado como forma de dar maior destaque aos pontos convergentes, bem como frisar a recorrência com que a tendência da perspectiva humanista, surge nos documentos.

Como não é proposta deste estudos, os dados não receberão um tratamento estatístico.

Doc.1 - **Contribuições das Américas à Conferência Mundial de Educação Médica** – Projeto EMA (Educação Médica das Américas), 1986.

Referência	Articulação	Atitudes
<p>Oportunidades para que os estudantes aprendam sozinhos; exercer funções numa sociedade e em um sistema de saúde em transformação; oportunidade de aprendizagem ativa, que permitam experiências pessoais significativas e motivadoras; participação ativa do aluno; experiências de aprendizagem que permitem a formação integral; a participação ativa do aluno e estimule o auto-aprendizado.</p>	<p>Implementar medidas de promoção e proteção da saúde; aprender-a-aprender; as escolas devem proporcionar aos alunos formação integral, assegurando-lhes, também, sólida base ética, atitude humanitária e de serviço à comunidade; compromisso da escola médica com a assistência à saúde; disciplinas que integram a estrutura curricular, tanto biomédicas, quanto humanísticas; os estudantes possam adquirir conhecimentos, habilidades, valores e atitudes apropriadas à resolução dos problemas nos vários níveis do sistema de saúde, podem eles tomar dos programas de prevenção; verificar a relação entre fatores sociais e saúde; as competências implicam conhecimentos, habilidades e atitudes.</p>	<p>Necessário criar espírito de trabalho em equipe multiprofissional; colaboração com outros profissionais; o valor social das diferentes profissões deve ser adequadamente estabelecido e amplamente reconhecido; o nível de liderança de cada profissional; precisam gerar atitude humanitária e de serviço à comunidade; precisam gerar atitudes e valores que permitam cercar o ato médico da dimensão humana e ética que o deve caracterizar; relacionar o conhecimento às habilidades, as atitudes e aos valores a serem desenvolvidos durante a graduação; procurar equilíbrio entre conhecimento, habilidades, valores e atitudes; tomar decisões relativas a problemas de saúde; habilidade em obter e correlacionar dados.</p>

Doc.2 – Minuta de Resolução – Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina – Conselho Nacional de Educação, 2001.

Referência	Articulação	Atitudes
<p>Dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida; proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção.</p>	<p>Ética; bem estar; promoção da cidadania; integralidade; responsabilidade social; conhecimentos básicos da natureza biopsicosocio-ambiental; atenção integral à saúde; Ter visão do papel social do médico; promoção da cidadania; atenção integral à saúde; princípios éticos e técnicos; atenção integral à saúde; promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS; concepções curriculares (...), que deverão ser acompanhadas e permanentemente avaliadas.</p>	<p>Responsabilidade social; comunicar-se adequadamente; usar técnicas apropriadas de comunicação; levando em conta as necessidades da população; atuar de forma a garantir a integridade da assistência; atuar na proteção e na promoção da saúde; ter visão do papel social do médico e disposição para atuar em equipe multiprofissional; compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológico, ecológicos, ético e legais; compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-paciente.</p>

Referência	Articulação	Atitudes
<p>Construir um novo processo de formação onde pacientes, indivíduos e coletividades detenham o papel central, o aluno represente um papel ativo e com responsabilidade crescente, o professor desempenhe o papel de orientador; o novo processo de formação,..., deverá ser uma estrutura centrada na comunidade, com enfoque na pessoa e suas necessidades sociais; conteúdos baseados em critérios éticos e humanísticos; a proposta do novo processo de formação tem como elemento central de sua estrutura,..., o ser humano e suas necessidades; ambientes de (auto) aprendizagem; aluno sujeito do processo de ensino-aprendizagem; instituição e avaliação que não privilegie a mera reprodução de</p>	<p>problemas da realidade social, em situação, organizados nas etapas de compreensão, significação e intervenção do processo médico; conteúdos programáticos adotados para o treinamento na etapa de intervenção; selecionados segundo critérios éticos, humanísticos, de letalidade, prevalência e potencialidade de prevenção primária; instituição do sistema de responsabilidade compartilhada sobre o ensino; avaliação contemplando conhecimentos, habilidades, atitudes do aluno, bem como seu crescimento cognitivo ao longo do curso; o estudante persiste exercitando a compreensão do seu objeto de trabalho; recuperar a dimensão afetiva do aprendizado; compreensão do processo saúde-doença nas dimensões psíquicas, sociais e biológicas do objeto/sujeito da prática</p>	<p>Adoção da pedagogia de construção do conhecimento através da incorporação progressiva e racional de conhecimentos, métodos e técnicas; privilegiar,..., a compreensão da pessoa e suas necessidades, abordagem das dimensões biopsicosocial do homem; construção do conhecimento necessário à compreensão, significação e intervenção em necessidades e demandas da saúde; enfatiza a significação das necessidades que são demandadas pelos pacientes; atender a necessidade de determinada pessoa; estrutura das necessidades de saúde, a partir da manifestação dos usuários; captação das dimensões psíquica, sociais e</p>

<p>conhecimentos; o aluno deve ter conhecimento claro do programa, objetivos, critérios de avaliação; relação professor/aluno que permitam a construção conjunta de saberes; formação de habilidades que propiciem a auto-aprendizagem; estudante sujeito ativo da aprendizagem; formar o médico cidadão, competente, com visão ética, humanística e social, apto a lidar com os principais problemas de saúde da comunidade; buscar seu auto-aprendizado, seu processo de educação continuada e com capacidade de suportar as pressões afetivas da atividade profissional; integrando as dimensões biológicas, psicológicas e sociais; adequada capacitação docente e a organização de recursos de (auto) aprendizagem; funções do tutor: ser um bom facilitador, guiar o grupo sem forçá-lo nem dirigi-lo; promover o pensamento crítico e de auto-avaliação</p>	<p>médica; paciente apresentado ao aluno como sujeito de sua história; significação fisiomorfológica e psicossocial do sofrimento humano; saber e prática que envolvam aspectos subjetivos e sociais; ensino-aprendizagem considerando: humanidades, aluno responsável pela busca de conteúdo; utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem; serviço de apoio ao educando: afetivo, social, pedagógico, acompanhamento do auto-aprendizado; determinação dos conhecimentos/habilidades/atitudes, básicos, integrando a semiologia, psicologia, ética, etc.; integração biopsicosocial; aprender-a-aprender; aprendizagem, processo ao longo da vida que envolve uma ampla gama de conhecimentos, habilidades e atitudes; busca de informação;</p>	<p>biológicas dos pacientes; treinamento em serviço das habilidades e atitudes para a significação, considerando todas as dimensões do paciente; professor e aluno tratando o paciente como cidadão; estímulo à auto-aprendizagem e à aprendizagem auto-dirigida; articulação, na, para e com a comunidade e serviços de saúde; aumento na interação com a comunidade; debates com toda a comunidade; habilidades de comunicação, interação social, exercício da cidadania, ação ética; idéias podem ser construídas de maneira mais criativa;</p>
--	---	--

Doc. 4 – “Abrindo a porta para a Dona Saúde entrar” – Programa Saúde da Família – Levando saúde mais perto da família. Ministério da Saúde.

Referência	Articulação	Atitude
<p>É preciso que esses serviços estejam próximos de onde as pessoas vivem ou trabalham, que sejam resolutivos, oportunos e humanizados.</p>	<p>É pensar em promoção da saúde; é articular ações do setor saúde com outros setores; elevando a qualidade de vida da população e garantindo cidadania; ações intersectoriais,..., educação, saneamento, meio ambiente e outras; promovendo a qualidade de vida na direção do município saudável; co-responsabilizar-se no cuidar-se; que todos tenham acesso aos serviços de saúde; garantir o princípio de igualdade de todos os cidadãos.</p>	<p>Uma busca permanente de comunicação e troca entre os saberes específicos dos profissionais da equipe e o saber popular; onde o vínculo, a co-responsabilidade e o sentimento de pertencer à comunidade são traduzidos em valorização profissional; famílias como aliadas na construção de uma vida saudável; grande interação com a comunidade, para o conhecimento da sua realidade; desenvolvimento de habilidades e mudanças de atitudes; convite à parceria; todos os saberes profissionais são respeitados, traz o saber popular para o seio da equipe; programar e planejar o trabalho com base no diagnóstico e em conjunto com a comunidade.</p>

Ao olhar criticamente para esses dados, surge uma primeira inquietação: o que nos dizem esses dados? Que caminhos escolher para interpretá-los? Escolho então, um jeito muito particular de pensar sobre eles, respaldada pela complacência que a investigação qualitativa oferece.

Ao invés de simplesmente agrupá-los e reagrupá-los em torno de classificações, desejo falar sobre eles num contexto mais ampliado, agregando outros dizeres e alguns novos pensamentos.

Muitas vezes usarei a fala de vários autores como se fossem minhas, tamanha é a concordância no pensar.

Sobre eles, os dados, desencadeio, inicialmente, a seguinte reflexão: a força com que a recorrência de certos termos, tais como *humanismo*, *ética*, *formação integral*, *estudante sujeito ativo de seu aprendizado*, *experiência significativa*, entre outros, surgem nos documentos, parecem apontar para uma unicidade, que nos remetem para a urgência em recuperar a qualificação desse humano que é:

“a um só tempo físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico. Esta unidade complexa da natureza humana é totalmente desintegrada na educação por meio das disciplinas, tendo-se tornado impossível aprender o que significa ser humano. É preciso restaurá-la, de modo que cada um, onde quer que se encontre, tome conhecimento e consciência, ao mesmo tempo, de sua identidade complexa e de sua identidade comum a todos os outros humanos. (Morin, 20001, p.15)

O ser humano, que nasce biológico, de imediato se insere num contexto sócio-cultural-histórico, que tem por característica básica ser um mundo relacional, e que faz dele agora um ser da espécie humana, humanizando-se.

É portanto através das relações, e principalmente nas relações interpessoais, que essa qualificação vai se concretizar. É nesse enfoque, ou seja, das relações interpessoais, que inscrevo o meu estudo, entendendo que:

“A humanização é um processo amplo, demorado e complexo, ao qual se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam

insegurança. Os padrões conhecidos parecem mais seguros; além disso, os novos não estão prontos nem em decretos nem em livros, não tendo características generalizáveis pois, cada profissional, cada equipe, cada instituição terá seu processo singular de humanização. E se não for singular, não será de humanização.” (Martins, 2002, p.29)

Aqui, foram utilizados quatro documentos selecionados de tal forma que fossem representantes não apenas de seu espaço de produção, mas que deles seja possível apreender o quanto esse tema tem tomado força e crescido, em vários campos, e no nosso, em particular, da formação médica.

Não encontrei em nenhum deles uma citação explícita da obra de Carl Rogers, mas a simetria com a teoria é tão freqüente, que me permite inferir que em algum momento, direta ou indiretamente, o pensamento da psicologia humanista esteve presente na construção destes textos.

Humanização, tema atual e instigante, e a forma que eu encontrei de enfrentar essa provocação fica registrado nesse trabalho.

Proponho pensar sobre esses dados, a partir da tríade professor-aluno-cliente e das relações interpessoais tão características que os norteiam, e de como a teoria rogeriana se inscreve, principalmente nas relações interpessoais, de forma a contribuir para a prática da formação médica.

Subitamente me percebo, subdividindo, classificando, recortando, do mesmo modo, didático, que fazem com os cadáveres, nas tradicionais aulas de anatomia.

Resisto e assumo que antes de falar do específico, quero falar do homem inteiro, integrado, e deste, em particular da dimensão afetiva: “da qualidade das interações entre os sujeitos, enquanto experiências vivenciadas”. (Tassoni, 2000, p.3)

Defendo então, falar inicialmente do ser humano, como atributo anterior e maior que o ser professor, aluno ou cliente. Não é a qualificação que defendo ser privilegiada, mas o ser humano, aonde quer que ele se encontre, e que possa ele ser visto na sua plenitude, na sua forma de expressão mais vibrante e viva.

Ao ler Edgar Morin¹², é que percebo, sobressaltada, que por pouco não incorro no clássico equívoco do modelo biomédico, do corte, recorte e depois, tardiamente e se possível, remonte para se obter o inteiro, como se fora um quebra-cabeça. Essa atitude, reforça o “agravamento da ignorância do todo, enquanto avança o conhecimento das partes”. (Morin, 2001, p.48)

Eu quero, antes sim, falar do ser humano, do seu estar no mundo, de sua indivisibilidade e de que projeto tem/temos para esse homem/sociedade, que ora vai estar representado na pessoa do aluno, ora no do professor, do médico, do cliente...

O meu estar no mundo se caracteriza, mais freqüentemente, em ser médica e docente de medicina, então é desse lugar que eu falo, que me é possível e real. É desse lugar que socialmente me responsabilizo pela formação não apenas de um médico, mas de um ser humano pleno, que seja capaz de identificar-se com outros seres humanos e que reconheça ser:

“...impossível conceber a unidade complexa do ser humano pelo pensamento disjuntivo, que concebe nossa humanidade de maneira insular, fora do cosmos que a rodeia, da matéria física e do espírito do qual somos constituídos, bem como pelo pensamento redutor, que restringe a unidade humana a um substrato puramente bio-anatômico.” (Morin, 2001, p.48)

Falo também do estar no mundo como cidadã, e é com um sentimento de repúdio que registro a minha revolta com os recentes atos desastrosos da experiência humana. Me refiro ao assassinato do Toninho do PT, prefeito de Campinas (10 de setembro de 2001), dos atos terroristas contra as torres gêmeas de Nova York (11 de setembro de 2001) e o recente assassinato do Celso Daniel, prefeito de Santo André, (20 de janeiro de 2002). Falo também, dos anônimos, que não se tornam notícias de jornal, mas fazem parte da textura indivisível da humanidade.

¹² Morin, Edgar. Os Sete Saberes necessários à Educação do Futuro. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001.

A razão do registro anterior é de explicitar que não estou ingenuamente acreditando que o mundo estará salvo apenas com a defesa de uma valorização positiva das relações interpessoais, mas que experiências desastrosas como estas, façam significados, e que estas nos remetam para a indignação, como espécie, como cidadãos, como terráqueos, como cósmicos. Mais do que indignados, nos mobilizemos para agir, cada um do seu lugar de existência, e que possamos defender, freneticamente ações que recuperem o valor humano.

L'Abbate, citada por Garcia analisa que,

“ é o próprio agir que configura a possibilidade dessa construção. O agir competente implica ter profissionais e docentes que acreditem e apostem num determinado ideário, ou seja, capacitem-se a *saber fazer bem* técnica e politicamente e sob a mediação da ética. Um *fazer bem* que não se confunde com o *fazer o bem* ou ser *bonzinho*, mas um fazer responsável, livre e compromissado, que caracteriza o fazer ético” (Garcia, 2001, p.96)

O que eu verdadeiramente defendo, é apostar na qualidade ética e humana que podemos imprimir a essas relações, cada um de seu espaço, com a premissa do receber/respeitar o outro como o quer para si mesmo.

É preciso que o afeto, não com o toque do ingênuo, romanceado, mas enquanto sentimento humano, transborde em nossas relações.

Retomo então ao texto, após salvaguardar o *todo*, não me furto em abordar as especificidades de cada uma das partes que envolvem essa questão.

É nesse momento que o título de um dos capítulos do livro de Morin, me impressiona entusiasticamente: “Ensinar a condição humana”, que inicialmente diz,

“A educação do futuro deverá ser o ensino primeiro e universal, centrado na condição humana. Estamos na era planetária; uma aventura comum conduz seres humanos, onde quer que se encontrem. Estes devem reconhecer-se em sua humanidade comum e ao mesmo tempo reconhecer a

diversidade cultural inerente a tudo que é humano.” (Morin, 2001, p.47)

É com essa proposta que eu me alinho, e se ensinar não é possível, no pensar de Rogers, é possível confiar na criatividade e investir na capacidade de que os alunos busquem experiências significativas e participem ativamente de sua formação. Enquanto aos professores caberia propiciar experiências de aprendizagem que permitam essa formação integral, facilitando a participação ativa do aluno na direção da auto-aprendizagem.

Colocado assim, parece simples, parece fácil. Muito ingênuo seria acreditar que não há disputas, conflitos, permeando o cenário da escola médica, que enquanto produção social, traz para seu interior as mesmas características da sociedade que a produz. “Consensuais parecem ser esses pontos; complexo, porém, é o trajeto de mudanças no cotidiano das escolas médicas.” (Silva, 1997, p. 61)

Por isso é preciso ajustar o foco e falar das principais pessoas envolvidas nessa relação, ou seja, o professor, o aluno e o cliente,

“além da necessidade de focar dialeticamente as relações discente-paciente, discente-docente e docente-paciente, encarando-as em suas totalidades, orientando-as teleologicamente para um fim que, necessariamente, tem que ser humanístico, para o paciente, para o educando e para o professor.” (Santos, 1986, p.82)

Início pelo professor de Medicina que na maioria das vezes é:

“...contratado tendo-se como critério apenas a qualidade do seu desempenho como profissional e/ou pesquisador. Fica implícito que a competência profissional e/ou acadêmica assegura a competência didática. Ao contrário de algumas outras áreas, não se exige formação sistematizada que instrumentalize a sua maneira de conceber e desenvolver o processo ensino-aprendizagem.” (Batista, 1998, p.46)

Ora se a construção do professor de medicina, *corre a solta*, privilegiando em grande medida o jeito de ser de cada um, permitindo a cristalização de suas características pessoais, imagino o quanto não deve ser, verdadeiramente revolucionário, convencê-lo a uma revisão de suas atitudes, na direção de uma formação mais abrangente, ética e humanista.

Batista acrescenta:

“O professor não se sente particularmente motivado para envolver-se com projetos pedagógicos visando à melhoria do processo ensino-aprendizagem e pode, até mesmo, apresentar resistência, por desacreditar ou por perceber que, “desvios” de suas atividades de pesquisa para aumentar suas atividades de ensino possam representar prejuízo para a sua carreira acadêmica.” (1998, p.46-47)

Recupero então, a memória de graduanda, quando sentia o olhar de alguns professores me *atravessar como se eu fora um vidro transparente* e se dirigir para outros interesses. Tenho certeza que esse não é um sentimento solitário, e não foram poucas as vezes que me senti *sobrando* nessa relação.

Grigoli, citado por Batista afirma que:

“... existe considerável defasagem teórica e prática entre o grau de compromisso com as atividades de docência que os alunos gostariam de encontrar em seus professores e o grau em que esse compromisso existe na realidade.” (1998, p.47)

Batista, contribuindo com uma expectativa positiva, escreve:

“É preciso que o professor tenha clareza da relação entre o método, as finalidades da educação, os objetivos de sua disciplina, os conteúdos de ensino e as possibilidades de aprendizado de seus alunos. É evidente a relevância da dimensão pedagógica do trabalho do professor de Medicina: repensá-la significa repensar a direção dos compromissos da própria escola Médica.” (1998, p. 47)

Esse professor de Medicina , que em pesquisa recente, realizada ao término da disciplina Formação Didático-Pedagógica em Saúde, oferecida pela Pós-graduação em Medicina da UNIFESP/EPM¹³ e publicada no livro *O Professor de Medicina*¹⁴, relata que a segunda categoria mais apontada pelos pós-graduandos, em relação aos atributos de um bom professor são os aspectos éticos e humanísticos, antes mesmo que o prestigiado “*domínio do conteúdo*”, que ficou em terceiro lugar.

Há sinais evidentes de possibilidades concretas de se investir nesse docente na direção da formação de um médico mais ético e humanista e que nesse,

“processo, há uma concepção de que qualquer transformação da escola médica implica reordenar todo o processo educativo de formação do médico, o que torna o professor de Medicina um partícipe fundamental na tarefa de não apenas desencadear reformas curriculares, mas de assumir outros eixos além da instrumentalização técnica, como por exemplo, **a ética, o humanismo, a autonomia para aprender, a competência para o trabalho em equipe.**(grifo meu)” (Batista, 1998, p.159)

A interação professor-aluno é então eixo estrutural para essa transformação e deverá ser,

“pautada em princípios éticos, constrói-se a partir do conhecimento partilhado, implicando reciprocidade e tendo como projeto o crescimento cognitivo e **afetivo** (grifo meu) do aluno com vistas à sua autonomia, estabelecendo relações entre autoridade, comunicação e educação.” (Batista, 1998, p.47)

Falemos do aluno. Normalmente jovem, entusiasmado, exausto depois de anos de dedicação para passar no concorrido vestibular, lá está ele, ainda na adolescência, frente a um desafio tão grande: tornar-se médico.

¹³ Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina

¹⁴ Batista, Nildo A. e Silva, Sylvia Helena Souza da. *O Professor de Medicina*. Edições Loyola, São Paulo, 1998.

Aqui, faço um breve relato da experiência vivida como docente, do primeiro ano do curso de medicina, (de 2001, na PUC-Campinas), após a implantação do novo currículo, elaborado a partir das diretrizes nacionais para os cursos de Medicina. É assim que o curso incorpora, em seu currículo, a metodologia problematizadora e conseqüentemente a diretriz do aprender-a-aprender.

É com um certo encantamento, de quem previu essa possibilidade, que vejo os alunos inicialmente revoltados por não encontrarem uma aula clássica, com textos prontos, professores exigindo respostas exatas na “ponta da língua”. A grita é geral e se manifestam, quase que ao desespero, por perceberem que agora são co-responsáveis ativos por sua formação. A partir desse momento não receberão mais receitas prontas, nem encontrarão o discurso professoral a lhes guiar as decisões.

Digamos que é uma surpresa agradável, vê-los nesse rebuliço inicial, considerando que:

“O estudante de Medicina, sem dúvida alguma, é um *adolescente tardio*, com um acentuado grau de imaturidade, que se mescla com prerrogativas da vida adulta. A persistência de traços infanto-juvenis invadindo a fase de adulto-jovem precisa ser levada em conta, quando se procura entender o aluno, principalmente o de Medicina, uma vez que ele, na maioria das vezes despreparado para a escolha profissional, opta por viver próximo de coisas que ele mais teme: a dor e a morte!” (Millan, 1999, p.60)

Não foi preciso encerrar o primeiro semestre, para que a aderência à proposta do curso, tivesse sido compreendida e encontrava, agora, entre os alunos, seus maiores defensores.

“O estudante é uma agente de transformação social; é um crítico azedo de nossa sociedade”, registra Millan (1999, p.61) e caberá a ele, “por sua vez, a responsabilização por sua formação, sua capacitação para a busca autônoma de conhecimentos, para o reconhecimento dos limites e possibilidades pessoais.” (Garcia, 2001, p.98)

“E que, além dos conhecimentos das Ciências Médicas, o estudante de medicina (assim como qualquer outro estudante) tenha na escola os elementos para não ser apenas um bom médico, mas ser principalmente livre, integrado de forma razoável na sociedade, para perceber as articulações com a totalidade e usar o conhecimento mais atual promovendo, também para os outros, o direito à cidadania.”(Sigristi, 1997, p.169)

Defendo que o aluno ainda possa aprender uma medicina que antes de tudo seja uma,

“prática humanística que perdeu suas ancoragens e precisa se restituir como tal. A possibilidade de incorporar essa dimensão no exercício profissional pode ser o caminho para se resgatar o prazer de ser médico, lá onde se arma o medo e a defesa, desde a sala de anatomia. “ (Rios, 1999, p.16)

É no encadeamento das relações, que:

“À medida que o aluno seja visto como pessoa e não como número, cresce a chance de que ele veja o paciente como pessoa e não como caso. À medida que ele conte com espaços onde se possa expressar, ser ouvido e respeitado no processo de que faz parte, cresce a possibilidade de ele poder “ouvir “ o paciente como agente ativo na relação. À medida que o aluno tenha supervisão no problema emocional do paciente ou conte com atendimento numa dificuldade emocional sua, aumenta sua percepção da importância do psíquico no funcionamento global do ser. À medida que faça parte das discussões “ao pé do leito” ou em equipes multidisciplinares, e os docentes, seus modelos de identificação, mostrem uma visão psicossomática, o olhar do aluno se modifica para ver o homem da doença, e não a doença do homem. Tudo isso requer treino e...**amor** (grifo meu).” (Cruz, 1997, p.27)

Quero abordar o pólo do cliente, não como uma categoria específica, mas de que aqui ele represente o “outro” de forma genérica, para que seja possível não correr o risco de que alguma *pessoa* seja esquecida.

Lembrando que as atuais propostas tanto da formação médica quanto dos serviços de saúde apontam claramente para uma visão ampliada do conceito de saúde, incluindo, agora de fato a questão da promoção e da prevenção, como âmbitos de sua responsabilidade. Portanto não é necessariamente estar na clássica posição de paciente (ou como eu prefiro, cliente) para ser par dessa relação.

A escola médica vivencia um clássico triângulo de relações representado pelo docente/aluno/cliente. As várias composições possíveis de serem formadas, em geral, tem algo em comum: a assimetria. Seja pela diferença nas subjetividades, ou cultural, ou social, enfim, diferentes. “A relação somente existe porque se tem dois posicionamentos. Estes, necessariamente, são distintos um do outro.” (Novelli, 1997, p.46)

Novelli, prossegue:

“O encontro ou desencontro entre essas figuras confirma a diferença como elo que os relaciona. Relacionar-se pela diferença significa afirmar o outro, a alteridade. Afirmar o outro é afirmar o próprio eu, pois o reconhecimento do eu passa pelo reconhecimento do que é distinto, diverso.” (1997, p.45)

Eu me encontro e me completo no outro, por isso esse encontro é tão marcante,

“A verdade do eu e do outro está na relação entre eles. É o que eles estabelecem entre si que encarna o mais relevante. Por ser uma relação entre diferentes, e é isso que funda a relação, a contradição, o conflito, tornam-se agulhões regulares.” Novelli, 1997, p.47)

Essa constatação me remete, ainda mais uma vez, a questão do docente e da docência, e a centralidade que ocupa nessas relações, entendendo que o:

“tornar-se educador é uma construção, um conhecer, conhecer-se, conhecer o outro, rever, realizar, mudar. Para isto não basta o conhecimento livresco, técnico, mas a experiência, a vivência, a interação. Importa a postura do educador como profissional, como membro de uma equipe, como pessoa e como docente. Como os pacientes, que precisam de um *therapeutés*, os alunos querem uma pessoa que realize o *educare*, no sentido de cuidar, nutrir.” (Garcia, 2001, p.98)

Mas não são apenas as pessoas que devem se relacionar. O avanço da ciência, a revisão dos paradigmas tem apontado para que o:

“conhecimento tem como horizonte a totalidade. Por isso é um conhecimento interdisciplinar que visa a transdisciplinaridade; ou seja, a compreensão das ligações entre as diferentes disciplinas por meio de projetos locais que se organizem ao redor de temas. A nova ordem científica não se define por uma fragmentação disciplinar, mas temática.” (Pereira, 1997, p.63)

A medicina e sua histórica trajetória de fragmentação tanto do saber quanto do ser, reduziu a um tal ponto o homem, que não me era possível, reencontrá-lo entre tantos cacos, nesse campo do saber.

Por essa razão viro uma peregrina, caçadora de *completude*, como já registrei anteriormente e como a “completude do *eu* encontra-se no *outro*.” (Novelli, 1997, p.46) vou em busca desse *outro*.

A Psicologia tomando como objeto o estudo do homem, é o campo do saber que eu identifico como o *outro*, e portanto capaz de oferecer a desejada *completude*, mesmo porque é:

“dentro da própria psicologia que apareceu, então, a preocupação de reconduzir a área ao estudo de pessoas, pessoas inteiras, completas, em toda a complexidade de sua organização física, psicológica e social.” (Guenther, 1997, p.23)

Como é a questão do ensino médico que motiva a minha busca, encontro razões para me dedicar à Psicologia da Educação, em particular à concepção humanista, que vai me oferecer um ponto de vista realmente promissor para meus estudos.

“É nessa linha de pensamento que encontramos a posição mais encorajadora e confortável para considerar o processo educacional, como um todo, contextualizado no ambiente físico e social, mas concretizado internamente em cada pessoa, direcionado para o futuro, e acontecendo no presente que é, pelo menos parcialmente, condicionado pelo passado e, ao que tudo indica, mediado por interações pessoais e grupais da maior complexidade.” (Guenther, 1997, p.23)

Morin, ao se referir a educação do futuro, chama a atenção para a inadequação cada vez,

“mais ampla, profunda e grave entre, de um lado, os saberes desunidos, divididos, compartimentados e, de outro, as realidades ou problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, globais e planetários.” (2001, p.36)

Por essa razão, defendo a relevância de um diálogo multidisciplinar, superando as elaborações de áreas fechadas do saber, favorecendo encontros vibrantes, que viabilizem não somente o avanço da compreensão teórica, mas que instrumentalize novas práticas de formação e atuação profissional, e por que não dizer, humanas.

Apesar de me revelar absolutamente apaixonada pela psicologia humanista, e particularmente por Carl Rogers, não me privo de fazer algumas considerações críticas, até mesmo porque, se hoje eu sou uma *humanista*, comungo com a idéia do provisório, do inacabado e de que a construção é um processo vivo, permanente.

Durante o transcorrer do texto, já fiz algumas colocações das dificuldades e limites para a aplicação da Psicologia Humanista, em particular, da teoria rogeriana. Gostaria então de colocar essa última fala na expectativa que ela contribua, para quem opte transitar por esses caminhos, não como um desencorajamento, mas antes, como uma possibilidade de análise de suas particularidades.

“Uma das críticas à Psicologia Humanista é expressa sob a queixa de que os estudos e colocações centrais da linha humanista abordam conglomerados de temas amplos e pouco concretos empregando metodologia um tanto quanto fluida e imprecisa, em que cabem conceitos abstratos e definidos de maneiras relativamente vagas, tais como sensações, impressões e pensamento intuitivo. Isso de fato acontece, pois sentimos que estudar aquilo que se pode pesquisar dentro de uma metodologia aceita e dignificada, com a qual todos em princípio concordam, ou seja, estudar aquilo que se sabe como estudar, não é uma boa substituição para estudar aquilo que necessita ser estudado. Por isso tentamos abordar os problemas que nos parecem relevantes à vida humana no mundo de hoje, da melhor maneira que for possível, sem contudo reduzir sua magnitude e complexidade para encaixá-los em uma metodologia pré-escolhida, a ponto de diminuir-lhes a importância, e não abordá-los apenas sob um ponto de vista que naquele momento esteja mais em voga, deixando pendentes outros aspectos que fazem parte do fenômeno global.” (Guenther, 1997, p.25)

E ainda considerando que, a Psicologia Humanista é,

“Dentro da história da Psicologia, a primeira tentativa de se pensar sobre o ser humano em toda a sua complexidade, a qual se desenvolveu não de necessidades e preocupações da área clínica, nem em laboratório, mas, principalmente, da consideração de pessoas que podemos chamar “normais”, saudáveis, vivendo situações comuns da sua vida diária. Na maioria das vezes é essa a situação encontrada nas escolas e nas populações de alunos e professores que ali militam.” (Guenther, 1997, p.25)

A inesgotável energia em defender a humanização, não se prende a um aspecto saudosista de retorno ao passado, mas sim como mais um elemento a ser incorporado ao lado do desenvolvimento tecnológico e cognitivo da medicina, incluindo em igual proporção, as dimensões psíquicas e sociais, tão características do ser humano.

A medicina, deve estar atenta para aliançar o aprendizado do passado com as perspectivas do futuro que se aproximam em velocidade extraordinária, como por exemplo o projeto Genoma.

Porém não é o desenvolvimento tecnológico que justificará a perda da qualidade das relações humanas, enquanto humanas! A interposição da máquina não justificará a *desumanização*.

O conceito moderno de humanização emergirá da *resignificação* do objeto/sujeito da prática médica que deverá ser construindo a partir das **necessidades das pessoas, enquanto indivíduos, enquanto comunidades.**

Resignificar esse objeto/sujeito parece ser o grande desafio, que de certa forma já encontra encaminhamentos animadores. Chamo a atenção para o recente *Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares dos Cursos de Medicina*, (2002) que pela primeira vez reúne os Ministérios da Saúde e da Educação, e que tem por meta *fazer valer* as novas diretrizes curriculares nacionais, que foram abordadas entre os documentos selecionados neste estudo.

Finalmente, quero reconhecer se não a minha aparente ingenuidade em defender tão animadamente a confiança que tenho no ser humano e na sua infinita potencialidade em superar crises, notadamente pela via dos relacionamentos interpessoais, bem como apostar que essa seja uma via de crescimento e desenvolvimento da humanidade.

Reconheço, também, o limite que uma única posição teórica possa dar a problemas tão complexos.

No entanto, busquei fazer o que me sugeriu ser uma contribuição possível, do lugar que ocupo na sociedade e do meu percurso como pesquisadora. Talvez, seja esse o momento de reconhecer que nem sempre o **todo** é possível e desejável, se não o fora antes prepotente. Então defendo, pela

primeira vez, a parte, no caso, a minha parte/parcela de contribuição para essa questão tão desafiadora: formar um novo médico, para um novo tempo, que possa através das relações interpessoais resgatar a dimensão do amor. Esse sentimento, de certa forma tão desgastado por usos e abusos inadequados. Aqui, no entanto ele se expressa como:

“O amor é a energia inesgotável que move o mundo, os universos e os seres. É a força da criação, coesão e sustentação da vida. O amor é a energia de **unidade e transformação**. Vivemos num universo dual entre **os pares de opostos** e a relatividade; o amor é o **impulso de integração**.” (grifo meu) (Martinelli, 1996, p.18)

É tomada por esse amor, que busco cumprir um dos meus principais papéis nesta sociedade: a de ser docente de medicina.

Oxalá possa eu não perdê-lo de vista e mais do que isso transmiti-lo entre os meus alunos, incorporando-o definitivamente ao lado dos conhecimentos e habilidades pertinentes ao saber médico.

Espero ainda, junto aos alunos e clientes, exercer uma nova medicina, a que tomará o cuidado em receber o ser humano em sua plenitude multidimensional.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ter documentos como fonte exclusiva de trabalho, trouxe um certo incomodo inicial, considerando a minha empatia com as pessoas e a preferência por contatos pessoais.

Mas o fato que realmente me causava impacto, encontrava-se condensado na expressão “formação humanista do médico”. Certamente não pela tradução fria, ao pé da letra, ou das palavras, *palavras* que no dizer de Bakhtin (1986, p.36) são um “material privilegiado de comunicação na vida cotidiana”, mas pelo o que elas possivelmente escondiam (outros significados) e o que significavam para mim.

Bogdan e Biklen (1994) dizem que “para o investigador qualitativo divorciar o acto, a palavra ou o gesto do seu contexto é perder de vista o significado.” (p. 48) Sendo assim, ao me interessar pela questão da formação médica, me debruço sobre vários documentos da área, ávida por me integrar às discussões e às diretrizes de encaminhamentos para as questões em pauta. Durante a leitura desses documentos, foi impossível conter as minhas memórias de estudante que me remetiam, de imediato, para as salas de aula de anatomia.

“Muito cedo, os historiadores vincularam o novo espírito médico à descoberta da anatomia patológica; ela parecia defini-lo no essencial, fundá-lo e recobri-lo, formar tanto sua mais viva expressão, quanto sua mais profunda razão; os métodos da análise, o exame clínico e até a reorganização das escolas e dos hospitais pareciam dela receber sua significação.” (Foucault, 1994, p.141)

A pergunta que surgia, como a denunciar um certo grau de incoerência, era a de como incorporar na aprendizagem o gesto, a palavra, o ato, manifestações humanas, vivas, se o ensino usa como instrumento pedagógico o

morto. Como significar o *homem*, na sua pluralidade, a partir de um corpo inerte?

Eram essas indagações que surgiam frente a premissa da formação humanista, considerando, *a priori*, que “a posição humanista propõe, em primeiro plano, a volta do ser humano em sua totalidade complexa e multidimensional, ao centro das preocupações, de pensamento, reflexão.” (Guenther, 1997, p.24).

O *start* para esse estudo nasce exatamente da tentativa de encontrar alguma coerência entre os “meus” significados e os significados expressos nos diferentes textos e portanto significativamente influenciados pelas pessoas e pelo contexto do qual emergem. (Bogdan e Biklen, 1994)

Vygotsky teoriza que:

“O significado de uma palavra representa um amálgama tão estreito do pensamento e da linguagem, que fica difícil dizer se se trata de um fenômeno da fala ou de um fenômeno do pensamento. Uma palavra sem significado é um som vazio; o significado, portanto, é um critério da ‘palavra’, seu componente indispensável. Pareceria, então, que o significado poderia ser visto como um fenômeno da fala. Mas, do ponto de vista da psicologia, o significado de cada palavra é uma generalização ou um conceito. E como as generalizações e os conceitos são inegavelmente atos do pensamento, podemos considerar o significado como um fenômeno do pensamento” (1989, p.104)

Oliveira (1995) escreve:

“o significado é um componente essencial da palavra e é, ao mesmo tempo, um ato de pensamento, pois o significado de uma palavra já é, em si, uma generalização. (...) São os significados que vão propiciar a mediação simbólica entre o indivíduo e o mundo real, constituindo-se no “filtro” através do qual o indivíduo é capaz de compreender o mundo e agir sobre ele. (p.48)

Furlan (in: Carvalho, 1995) auxilia no reforço da escolha feita, quando trata o texto teórico como uma obra humana, que se utiliza da palavra articulada, ou seja, da linguagem, para expressar o seu momento de vida, a sua história.

Oliveira (1995) sintetiza:

“Como os significados são construídos ao longo da história dos grupos humanos, com base nas relações dos homens com o mundo físico e social em que vivem, eles estão em constante transformação. (...) os significados não são pois, estáticos: um nome nasce para designar um determinado conceito, e vai sofrendo modificações, refinamentos, acréscimos.” (p. 48)

Portanto o humanismo que os textos referem e o humanismo que trago dentro de mim são sujeitos desse processo e:

“Os textos são a memória do homem na qualidade de ser-no-mundo e se constituem na herança que possibilita dar continuidade à obra humana na história.”
(Furlan, in: Carvalho, 1995, p.119) (grifo meu)

O homem, autor e ator do texto é,

“... historicamente situado, que vive a experiência no mundo com os homens, que participa do existir num tempo e num espaço específicos a partir de determinadas condições econômicas, políticas, ideológicas e culturais. Enquanto produto das suas relações com o mundo é ao mesmo tempo produtor, que transforma o mundo colocando algo de si, mesmo quando não existe o desejo intencional de fazê-lo.”
(op. cit., p. 119)

Quanto ao texto,

“é a expressão do viver, experienciar, participar, é o produto colocado no mundo, tem a marca humana. É a manifestação do que o homem produz nos vários campos das

artes, da literatura, do saber. É carregado de significações... O texto ilumina e esconde, obscurece o mundo e, ao mesmo tempo que pretende dar respostas aos questionamentos suscitados pelos homens, levanta outras questões, outras perguntas. Esclarece, obscurece....

A obra é histórica, sempre guarda um sentido subjacente; portanto, não é um objeto, não é algo pronto, acabado, definitivo, absoluto. É um eterno fazer-se, o resultado do conjunto de experiências que o homem vivencia na História.” (op. cit., p. 120)

Não havia então mais o que incomodar. O homem se faz presente através de uma manifestação tipicamente humana – a escrita.

No percurso descrito por esse trabalho, acredito ter defendido a minha posição, não como justificativa do feito, ao qual não paro de tecer críticas. Porém, hoje mais amadurecida, não permito que elas me imobilizem, como no passado. Ao contrário, entendo que esse é o resultado esperado como consequência desse processo. É nesse jogo do satisfeito/insatisfeito que encontro argumentos para seguir à frente.

Lanço , então, o desafio para novas investigações que discutam o humanismo a partir de outros olhares teóricos, bem como o articule com as dimensões da educação permanente, interdisciplinaridade, promoção à saúde, saúde da família e outras expressões que estão tão presentes nas propostas de inovação curricular, notadamente na área médica.

Neste sentido, outros documentos, outras vozes, outras perspectivas devem ser exploradas, fazendo da pesquisa um instrumento de compreensão e intervenção na realidade.

Por fim, lamento não ter tido a oportunidade de conhecer Carl Rogers pessoalmente, no entanto, acredito que a energia de sua vida não tenha se acabado, mas apenas se transformado.

Por isso, não posso deixar de dizer: **Carl Rogers, prazer em conhecê-lo!**

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALDEGUIERI, Maria do C. Médicos. *Correio Popular*. Campinas, 5 de dezembro de 1996, coluna do leitor.
- ALMEIDA, Laurinda R. de Contribuições da psicologia de Rogers para a Educação: uma abordagem histórica. *Psicologia da Educação* Revista do Programa de Estudos Pós-graduados, PUC-SP, n. 7/8 1998/1999.
- ALMEIDA, Marcio J. de. Ensino médico e o perfil do profissional de saúde para o século XXI. *Interface*. UNI-Botucatu-Unesp, v.4, p123-132, fev.,1999.
- ANDRÉ, Marli E.D.A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. *Caderno de Pesquisa*, São Paulo (45): 66-71, maio 1983.
- ARAÚJO, Josilávio de A. A conceituação do ato médico. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, São Paulo, n.106, ano XIV, jun.,1999.
- AULER JÚNIOR, José O. C. Impacto da Tecnologia no Ato Médico e seus Vínculos com os Resultados. *Médicos-HC-FMUSP*, São Paulo, n. 7, Ano II, 1999.
- BAGNATO, Maria Helena S. As relações de saber/poder institucional na estrutura hospitalar: A medicina, a enfermagem e o paciente. *Pro-Posições*. Unicamp, Faculdade de Educação, v4, n.3, nov.1993.
- BAKHTIN, Mikhail *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. São Paulo: Hucitec, 1986.
- BATISTA, Nildo B.; SILVA, Sylvia H. S. da. *O Professor de Medicina*. São Paulo: Edições Loyola, 1998.
- BLOOM, B.S.; HASTINGS, J.T. & MADAUS, G.I.F. *Manual de Avaliação Formativa e Somativa do Aprendizado Escolar*. São Paulo: Livraria Pioneira, 1983.
- BOCK, Ana Maria B. e FURTADO, Odair e TEIXEIRA, Maria de Lourdes T. *Psicologias*. São Paulo: Ed. Saraiva, 1996.
- BOGDAN, R. e BIKLEN, S. K. *Investigação Qualitativa em Educação – Uma introdução à teoria e aos métodos*. Lisboa: Porto Editora 1994.
- CAMPOS, Gastão W. de S. Glórias e Equívocos. *Ser Médico*. São Paulo: Cremesp, n.6, 1999.
- CAMPOS, Gastão W. de S. O Projeto de Campinas: Paidéia. *Sintética*. A Revista do Médico. Campinas, n.7, 2001.

- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o Patológico*. 2.ed. Rio de Janeiro: Ed. Florense-Universitária,1982.
- CAPRA, Fritjof. *O Ponto de Mutação*. Ed. São Paulo. Editora Cultrix, 2000.
- CARVALHO, Maria Cecília M. de (org.) *Construindo o Saber – Metodologia Científica: Fundamentos e Técnicas*. 5ª Ed. Campinas - São Paulo: Papyrus, 1995.
- CHAMMÉ, Sebastião J. Educação para a doença. *Divulgação*. Londrina: n.44, p.32-34, Set./ 1994.
- CHAVES, MARIO M. Educação da profissões da saúde: perspectivas para o século XXI. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, n.20, jan./abr., 1996.
- CINAEM *Preparando a Transformação da Educação Médica Brasileira*: projeto Cinaem III fase: relatório 1999-2000. Pelotas: UFPel, 2000.
- COLEGIADO DE GESTÃO da SMS/Campinas – *Diretrizes para debate e reelaboração*, janeiro de 2001.
- CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO, *Código de Ética Médica*, 1988.
- COSTA, Carlos Alberto J. *A Pedagogia Libertária de Carl Rogers: um estudo de suas características*. dissertação de mestrado. Área da psicologia da educação Unicamp, 1980
- CRUZ, Emirene M.T. Formando Médicos da Pessoa- o Resgate das Relações Médico-Paciente e Professor-Aluno. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.21, maio/dez. 1997.
- CUNHA, Maria Izabel da. *O professor universitário na transição de paradigmas*. 1.ed., Araraquara: JM Editora, 1998.
- CZERESNIA, Dina et al (org.). *AIDS Pesquisa Social e Educação*. São Paulo–Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.
- _____. Resenha: O corpo na história. In: RODRIGUES, José C. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, abr-jun, 2000.
- DALLARI, Dalmo de A. Os médicos e os direitos humanos *Ser Médico*. São Paulo: Cremesp, n.6, ano1, 1998.

- DOWBOR, Fátima F. O humanismo como apoio à razão crítica. *Ser Médico*. São Paulo: Cremesp, n. 4, ano I, jul./ago./set., 1998.
- DRUMOND, José Geraldo de F. A Formação ética do médico e a perspectiva profissional. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, n. 128, mai./jun. 2001.
- ECO, Umberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva, 1983.
- EVANS, Richard I. *Carl Rogers: o homem e suas idéias*. São Paulo: Martins Fontes, 1979.
- FACCHINI, Luiz Augusto. *História da Medicina*. Conferência apresentada II Oficina CINAEM-Unicamp, Campinas, 1999. (mimeo)
- FARIA, Wilson de., A não-diretividade no ensino. *Revista Tecnologia Educacional*, ano XIII, n 58, mai./jun., 1984.
- FERREIRA, Aurélio B. de H. *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 10.ed. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975.
- FONTANA, Roseli A. Cação. *Como nos Tornamos Professoras? Aspectos da constituição do sujeito como profissional da educação*. Campinas, SP, 1997. 205 p. Tese de Doutorado. Faculdade de Educação, Unicamp.
- FOUCAULT, Michel *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FREIRE, Isabel R. *Raízes da Psicologia*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1998.
- GARCIA, Maria Alice A. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface*. n. 8, UNI: Botucatu, São Paulo, fevereiro, 2001.
- GIL, Antônio C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1991.
- GOMES, Júlio C. M. Profissão Erudita e fonte de prazer. *Ser Médico*. São Paulo: Cremesp, ano II, n. 7, abr/mai/jun, 1999.
- GOMES, Regina C. N. *Avaliação Final da Disciplina Programa Integrado em Saúde Coletiva*. Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Curso de Medicina, PUC-Campinas, 1996 (mimeo).

- GONÇALVES, Ernesto L. Os Objetivos da Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, v.22, set./dez. 1998.
- GONÇALVES, Neuci da Cunha. Ética e bondade no ato terapêutico. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, n.106, ano XIV, nov. 1999.
- GOULART, Iris. *Psicologia da Educação*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1999.
- GUENTHER, Zenita Cunha. *Educando o Ser Humano*. Campinas – São Paulo: Mercado de Letras, 1997.
- GUIMARÃES, Carlos Antonio F. *Carl Rogers e a Abordagem Centrada na Pessoa*. <www.geocities.com/Vienna/2809/Rogers>. 10/05/2001
- JUPIASSU, Hilton, MARCONDES, Danilo. *Dicionário Básico de Filosofia*. 2. Ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1991.
- _____. *Interdisciplinaridade e a Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Ed. Imago, 1976.
- KOOGAN/HOUAISS. *Enciclopédia e dicionário digital*. Delta, 2002
- LIBÂNEO, José Carlos. *A Democratização da Escola Pública*. São Paulo, Loyola, 1986.
- LAKATOS, Eva M. e Marconi, Marina de A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2001.
- LÜDKE, Menga e André, Marli E.D.A. *Pesquisa em Educação: Abordagens Qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- MACHADO, Maria Helena (coord.). *Os médicos no Brasil: um retrato da realidade*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- MACRUZ, Radi. Atendimento Médico – Perspectivas para a virada do milênio. *Ser Médico*. São Paulo: Cremesp, n. 2, ano 1, jan./fev./mar., 1998.
- MAHONEY, Abigail. A teoria Rogeriana de aprendizagem no contexto escolar: uma abordagem histórica. In MARQUES, Juracy C. (org.) *Psicologia Educacional: contribuições e desafios*. Porto Alegre: Globo, 1980
- MARCONDES, Eduardo. O Impacto da tecnologia no Ato Médico. *Médico-HC-FMUSP*, n. 7, ano II, mar./abr., 1999.
- MARCONI, Marina de A. e Lakatos, Eva M. *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 1982.

- MARTINELLI, Marilu. *Aulas de transformação: o programa de educação em valores humanos*. São Paulo: Peirópolis, 1996.
- MARTINS, Maria Cezira F.N. Humanização na Saúde. *SER Médico*, jan./fev./mar., 2002 n° 18.
- MIZUKAMI, Maria da Graça N. *Ensino : as abordagens do processo*. São Paulo: EPU, 1986.
- MILLAN, Luiz Roberto[et al.] *O Universo Psicológico do Futuro Médico*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.
- MORIN, Edgard. Como aproximar o homem do conhecimento. *Jornal Conselho Federal de Medicina*. Brasília, julho de 1999, Entrevista.
- _____. *Os sete saberes necessários à Educação do Futuro*. São Paulo: Editora Cortez; Brasília, DF: UNESCO, 2001.
- NETO, Eleutério R. SUS, O Ensino Médico e os Hospitais Universitários. *Divulgação*. Londrina, n. 49-50, dez./95-mar./96.
- NOVELLI, Pedro G. A sala de aula como espaço de comunicação: reflexões em torno do tema. *Interface*, v.1, n.1, Fundação UNI Botucatu/Unesp, 1997.
- NÓVOA, António. Universidade e Formação Docente – Entrevista. *Interface.*, v.4, n.7 Fundação UNI Botucatu/Unesp, , 2000.
- OLIVEIRA, Marta Kohl de. *Vygotsky - Aprendizado e desenvolvimento – um processo sócio histórico*. 3. Ed. São Paulo: Ed. Scipione, 1995.
- OLIVEIRA, Reinaldo A. A ciência e o humanismo. *Jornal do Médico*. São Paulo: Sindicato dos Médicos, n. 57, ago./set., 1994.
- OLIVEIRA, Silvio L. de. *Tratado de Metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias*. São Paulo: Pioneira, 1997.
- PÁDUA, Elizabete M.M. de, *Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico-prática*. Campinas: Papyrus, 2000.
- PARIZI, Regina R. Provão: um equívoco. *Jornal do Cremesp*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, ano XVIII, n.157, set./2000.
- PICCINI, Roberto X. Discurso Inovador e prática conservadora. *Ser Médico*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, n.10, 2000.

- PIRES, Wanderley R. *Dos Reflexos à Reflexão- A grande Transformação no Ser Humano*. Campinas: Edit. Komedi, 1999.
- PRETTO, Siloé P. N. *Educação Humanista*. São Paulo: Cortez Moraes, 1978.
- PROVÃO 2000 - Exame Nacional de Cursos. *Informativo Medicina*. Brasília: Ministério da Educação, 2000.
- PUENTE, Miguel de La. *O Ensino centrado no estudante*. São Paulo, Cortez e Moraes, 1978.
- RICH, John M. *Bases Humanísticas da Educação*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1975
- RIGATTO, Mário. Asclépio, deus da medicina. *Jornal do Conselho Federal de Medicina*, ano XIV n.112, dez., 1999.
- RIOS, Izabel C. Tempos de pasteurização da Subjetividade. *Ser Médico*. Conselho Regional de Medicina out/nov/dez/99 ano II n.9
- ROGERS, Carl R. e ROSEMBERG, Rachel L. *A Pessoa como Centro*. São Paulo: Edusp, 1977.
- ROGERS, Carl R. *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Livraria Martins Fontes Editora, 1961.
- _____. *Liberdade para Aprender*. Belo Horizonte: Interlivros, 1975.
- _____. *Sobre o poder pessoal*. São Paulo, Martins Fontes, 1978.
- SALDANHA, Vera P. *A Psicoterapia Transpessoal*. Rio de Janeiro. Record: Rosa dos Ventos, 1999.
- SALVADOR, Ângelo D. *Métodos e Técnicas de pesquisa bibliográfica, elaboração e relatório de estudos científicos*. Porto Alegre: Sulina, 1974.
- SANTOS, Antonio R. dos *Metodologia científica: a construção do conhecimento*. Rio de Janeiro: DP&A editora, 2000.
- SANTOS, Gildenir C. *Manual de organização de referências e citações bibliográficas para documentos impressos e eletrônicos*. Campinas: Autores Associados; Editora da Unicamp, 2000.
- SANTOS, Jair de O. Filosofia da Educação médica: interpretação da praxis. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 10 (2), maio/ago., 1986

- SANTOS, Rogério C. *Oficina Inicia Jornada de humildade, troca e criatividade*. <<http://www.cinaem.org.br/rogerio>>, 01/05/2000.
- SCHALL, Virginia T., SRUCHINER, Miriam. Educação no contexto da epidemia de HIV/AIDS: Teorias e Tendências Pedagógicas. In: CZERESNIA, Dina (org) *AIDS Pesquisa Social e Educação*.
- SCHRAIBER, Lília B. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface*. Fundação UNI-Botucatu.Unesp, , v. 1, n.1, 1997.
- _____. *Educação Médica e Capitalismo*. São Paulo –Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1989.
- SEVERINO, Antonio J. Produção de conhecimento, ensino/aprendizagem e educação. *Interface*. Fundação UNI-Botucatu-Unesp, n.3, 1998.
- SCHILLER, Paulo. *A vertigem da imortalidade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- SHCULTZ, Duane P. e SCHULTZ, Sydney E. *História da Psicologia Moderna*. São Paulo: Cultrix, 1998.
- SIEGEL, Bernie S. *Paz, amor e cura*. São Paulo: Summus, 1996.
- SIGRIST, José Luiz. Dialogando com a filosofia: notas introdutórias. *Interface*. n.1, Fundação UNI: Botucatu, São Paulo, agosto, 1997.
- SILVA, Sylvia H. S. da. *Professor de medicina: diálogos sobre sua formação docente*. Tese de Doutorado em Psicologia da Educação. PUC-São Paulo, SP, 1997.
- SINDICATO dos Médicos de Campinas e Região. Ensino Médico: Um quadro da graduação e residência médica no país. *Sintética*. Campinas: n.6, ano II, mai./jun. 2000, Especial.
- SINTÉTICA A Revista do Médico – Publicação do sindicato dos Médicos de Campinas e Região, ano 3 nº7 set./out. 2001.
- SOPHIA, Daniela. Paulo Freire. *TEMA* . Rio de Janeiro: RADIS. Nº 21, nov/dez/2001.
- STELLA, Regina. Alternativa ao Provão. *SINÉTICA*. Campinas: Sindicato dos Médicos de Campinas e Região. n. 6, Ano II, mai./jun. 2000.
- _____. Avaliando a eficácia do Ensino Médico. *Jornal da Associação Médica Brasileira*. n. 1304, Ano 40, nov./dez.1999.

TASSONI, Elvira C. M. *Afetividade e Aprendizagem : a relação professor-aluno*. <www.anped.org.br> , 15/09/2000.

UM MÉDICO IRREVERENTE: (A Cut Above). Direção de Thom Eberhardt. São Paulo: Touchstone Home Video, 1989, 109 min., color., legendado. (Fita de vídeo – VHS/NTSC. Drama).

VYGOTSKY Lev S. *Pensamento e Linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

WARTH, Maria do P. A relação médico-paciente. *MÉDICOS-HC-FMUSP*, ano I, n.2, maio/junho , 1998.

WITTER, Geraldina Porto. Pesquisa Bibliográfica, pesquisa documental e busca de informação. *Estudos de Psicologia*. Campinas - SP, F(1), p.5-30 jan./abr., 1990