

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS:
QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE
DOUTORADO

HUGO CATAUD PACHECO PEREIRA

EDUCAÇÃO MÉDICA A PARTIR DA PERSPECTIVA
HUMANÍSTICA DE CARL ROGERS: UMA VIVÊNCIA DE SALA DE
AULA

Prof^a. Dr^a. Daniela Marti Barros

Orientadora

Prof^a. Dr^a. Fernanda Antoniolo Hammes de Carvalho

Coorientadora

Rio Grande

2013

HUGO CATAUD PACHECO PEREIRA

**EDUCAÇÃO MÉDICA A PARTIR DA PERSPECTIVA
HUMANÍSTICA DE CARL ROGERS: UMA VIVÊNCIA DE SALA DE
AULA**

Tese apresentada como requisito parcial
para obtenção de título de Doutor do
Programa de Pós-Graduação em
Educação em Ciências: Química da Vida
e da Saúde, da Universidade Federal do
Rio Grande

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daniela Marti
Barros

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Fernanda
Antoniolo Hammes de Carvalho

Rio Grande

2013

P436e Pereira, Hugo Cataud Pacheco
Educação médica a partir da perspectiva humanística de Carl Rogers : uma vivência de sala de aula / Hugo Cataud Pacheco Pereira. – 2013.

170 f. : il.

Orientador: Daniela Marti Barros

Coorientador: Fernanda Antoniolo Hammes Carvalho
Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande,
Programa de Pós-Graduação em Educação e Ciências :
Química da Vida e Saúde, Rio Grande, 2013.

1. Educação Médica. 2. Humanismo. 3. Ensino. 4.
Aprendizagem. 5. Educação Superior. I. Título. II. Barros,
Daniela Marti. III. Carvalho, Fernanda Antoniolo Hammes

CDU: 61:165.742

Catálogo na fonte: Bibliotecária Maria da Conceição Hohmann CRB 10/745

HUGO CATAUD PACHECO PEREIRA

**EDUCAÇÃO MÉDICA A PARTIR DA PERSPECTIVA
HUMANÍSTICA DE CARL ROGERS: UMA VIVÊNCIA DE SALA DE
AULA**

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção de título de Doutor do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande.

**Avaliação de Tese de Doutorado
Banca Examinadora**

Professora Dr^a. Daniela Marti Barros – Orientadora

Professora Dr^a. Fernanda Antoniolo Hammes de Carvalho – Coorientadora

Professora Dr^a. Elisabeth Brandão Schmidt

Professora Dr^a. Adriana Dora da Fonseca

Professora Dr^a. Maria Rosa Chitolina Schetinger

Professora Dr^a. Maria Helena Itaquí Lopes

Tese avaliada e aprovada conforme Ata de Defesa de Tese nº 17/2013 de 11 de julho de 2013

AGRADECIMENTOS

A DEUS, por me guiar em todos os momentos de minha vida proporcionando paz, tranquilidade e amigos que me apoiam e não me deixam fraquejar.

Considero muito difícil agradecer com justiça a todos que de alguma maneira contribuíram direta ou indiretamente na minha vida e na elaboração deste trabalho. A todos aqueles que não estiverem abaixo citados, agradeço a colaboração e a compreensão.

Ao meu falecido Papai, Ubirajara Pacheco Pereira, e à minha Mamãe Nicole Albertine Cataud Pereira, por nunca terem medido esforços para que eu concretizasse os meus sonhos.

À minha esposa, Isabela Maria Castanheira Tavares, e à minha filha, Ana Clara Castanheira Cataud Pereira, por me suportarem e me amarem tanto. Sem elas minha vida seria um vazio e com certeza sem realizações.

Ao grande Mestre Antonio Carlos Ribeiro Motta, por todos os ensinamentos dedicados a mim e a todos os seus alunos.

Ao Mestre Paulo Francisco Almeida Lopes, por sua sensibilidade e humanismo, que foram imprescindíveis na construção de minha carreira docente.

Aos mestres da Universidade Gama Filho, que me ajudaram na empreitada de ser médico.

À minha orientadora Daniela Marti Barros, por ter me acolhido, incentivado e dado autonomia plena para que eu pudesse concluir este trabalho.

À minha coorientadora Fernanda Antoniolo Hammes de Carvalho, por ter sido paciente e incansável na correção desse trabalho. Sua participação foi fundamental para a realização dessa tese.

À Professora Maria Helena Itaquí Lopes, por sua paciência, seu exemplo ético e especialmente por ter aceitado participar da banca examinadora.

À Professora Elisabeth Brandão Schmidt, por ter aceitado participar da banca examinadora sem criar restrições ou impedimentos.

À Professora Adriana Dora da Fonseca, por sua dedicação à Educação de Enfermagem e contribuições nesta avaliação.

À Professora Vera Signorini, por ter me instigado a entrar no PPG de Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde em um momento em que muitos me negavam esta oportunidade.

Ao amigo e compadre Ivaldir Sabino Dalbosco, por ter me estimulado durante a minha vida docente.

Aos Professores Giovanni Baruffa, Gustavo Pena e Frederico Boffo, por serem grandes exemplos de vida e de docência. Apesar de não ter sido aluno destes mestres considero-me discípulo dos senhores.

Aos amigos da Turma Edgard Magalhães Gomes, Universidade Gama Filho (UGF) 1986, por terem me acolhido e me respeitado quando ingressei na UGF.

Ao Dr. Yama Pinto Souto, por seus sábios ensinamentos na minha vida naval.

Aos velhos e inesquecíveis amigos Jayme José Gouveia Filho e Francisco Paulo Martins Freire. Minha vida de médico começa ao lado destes amigos e até hoje só guardo boas lembranças

Aos amigos Dionísio Cunha e Guilherme Brandão Almeida, que souberam me respeitar e ajudar nos momentos difíceis.

Aos médicos Ricardo Loureiro e Odilson Barbosa, por terem me apoiado no início de minha profissão no Rio Grande do Sul- Rio Grande e Pelotas.

À Marinha do Brasil, que contribuiu para a minha formação médica e me proporcionou a transferência para a cidade do Rio Grande.

Aos meus companheiros de turma do Corpo de Saúde da Marinha (CSM) 1987, de quem até hoje me recordo e por quem tenho tanta estima.

Ao Almirante Luiz Philippe da Costa Fernandes e ao saudoso Almirante Mauro Magalhães de Souza Pinto, por terem me apoiado incondicionalmente na minha carreira de médico militar.

Ao Sr Maurino Branco, ao Sensei Hélio Roberto Vaz, a D. Bernarda Tietzman e à D. Salete, por terem acreditado em mim e me apoiado na minha chegada a Rio Grande.

Ao Professor Fernando Becker, pelas sugestões e orientações dadas na realização deste trabalho.

Ao amigo Leonardo Alves, pela participação na elaboração das tabelas e avaliação dos resultados.

Ao novo amigo Valmir Heckler, pelo incentivo e apoio dado durante a minha estada no Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências.

Aos alunos e professores do PPGEC, que contribuíram com suas experiências na elaboração desta tese.

À Professora Rosa Maria Fernandes de Albernaz, pela revisão gramatical deste trabalho, mas acima de tudo por seu exemplo de coragem e de espiritualidade.

A amiga Marines Rodrigues, pela ajuda na formatação dessa tese.

A todos os alunos do Curso de Medicina da FURG, que, ao longo destes 19 anos de vida docente, têm me oportunizado um grande aprendizado e imensas honrarias. Vocês me deixam mais jovem e feliz.

E, aos alunos da ATM 2012, por terem me honrado mais uma vez com a condição de Professor Homenageado e, especialmente, por terem participado diretamente na elaboração deste trabalho.

Dedico o presente trabalho a todos pacientes que tanto sofrem neste país tão injusto e desigual. Rezo para que um dia todos eles, independentemente de credo político ou religioso, etnia e condição socioeconômica, tenham acesso a uma medicina digna e de qualidade, praticada por médicos humanistas na sua essência e com excelente formação técnica, educados por mestres com as mesmas qualidades.

EPIGRAFE

ORAÇÃO DE SÃO FRANCISCO

SENHOR, FAZEI-ME INSTRUMENTO DE VOSSA PAZ.

ONDE HOVER ÓDIO, QUE EU LEVE O AMOR;

ONDE HOVER OFENSA, QUE EU LEVE O PERDÃO;

ONDE HOVER DISCÓRDIA, QUE EU LEVE A UNIÃO;

ONDE HOVER DÚVIDA, QUE EU LEVE A FÉ;

ONDE HOVER ERRO, QUE EU LEVE A VERDADE;

***ONDE HOVER DESESPERO, QUE EU LEVE A
ESPERANÇA;***

ONDE HOVER TRISTEZA, QUE EU LEVE A ALEGRIA;

ONDE HOVER TREVAS, QUE EU LEVE A LUZ.

Ó MESTRE, FAZEI QUE EU PROCURE MAIS

CONSOLAR, QUE SER CONSOLIDADO;

COMPREENDER, QUE SER COMPREENDIDO;

AMAR, QUE SER AMADO.

POIS, É DANDO QUE SE RECEBE,

É PERDOANDO QUE SE É PERDOADO,

E É MORRENDO QUE SE VIVE PARA A VIDA ETERNA.

**“DE TANTO VER TRIUNFAR AS NULIDADES
DE TANTO VER PROSPERAR A DESONRA
DE TANTO VER CRESCER A INJUSTIÇA
DE TANTO VER AGIGANTAR-SE O PODER NAS MÃOS DOS MAUS
O HOMEM CHEGA A RIR-SE DA HONRA
DESANIMAR-SE DA JUSTIÇA
A TER VERGONHA DE SER HONESTO”**

Ruy Barbosa

RESUMO

A presente tese nasce a partir das inúmeras inquietações e preocupações que constatei sobre a minha prática docente na Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Por muitos anos atuei de forma empírica, dando aulas baseado nos mestres que me marcaram positivamente, e tal conduta tornou-se insuficiente para sustentar minha prática docente. Ao constatar minhas deficiências, passei a considerar que, como docente do ensino médico, preciso basear a minha prática docente nos meus conhecimentos técnicos, apoiada nos saberes didático-pedagógicos e alicerçada, especialmente, no perfil humanista que Carl Rogers definiu. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina recomendam o perfil do formando egresso/ Profissional Médico “com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva”, com inúmeras competências técnicas e com um perfil ético e moral ilibado. Para alcançar este objetivo é essencial que os docentes do ensino médico estejam sintonizados com as orientações das Diretrizes. Para tanto, considero que a formação de docentes para o ensino médico deve valorizar os saberes técnicos e didático-pedagógicos, bem como as qualidades de que trata Carl Rogers há cerca de meio século. A pesquisa, **EDUCAÇÃO MÉDICA A PARTIR DA PERSPECTIVA HUMANÍSTICA DE CARL ROGERS: UMA VIVÊNCIA DE SALA DE AULA** tem como objetivo geral reconhecer o perfil humanista preconizado por Carl Rogers na prática docente de um professor da Disciplina de Clínica Médica II e como objetivos específicos: identificar na minha prática pedagógica os preceitos de Carl Rogers: a empatia, a congruência, a aceitação e o perfil facilitador; identificar as contribuições e influências do docente para a formação de um médico com perfil humanista, tendo como referência a perspectiva discente; e refletir sobre a contribuição de Carl Rogers, um dos autores da corrente humanista, no processo educativo do ensino médico. No caminho percorrido na investigação sobre a minha atuação em sala de aula foi utilizada a abordagem qualitativa, por acreditar que o uso desse tipo de análise permite estabelecer conclusões a partir dos dados coletados. O estudo qualitativo foi fundamentado na análise de conteúdo, buscando-se compreender as interações verbais que revelam os significados da prática docente. O sujeito da pesquisa é um professor universitário que atua no Curso de Medicina há 19 anos, na Disciplina de Clínica Médica II da FAMED da FURG na cidade do Rio Grande - RS. Considerando a pesquisa propriamente dita, essa foi constituída em duas fases. A primeira fase foi realizada no período de março a novembro de 2010 e contou com a participação de 32 alunos das turmas de aulas práticas, A e C, da Disciplina de Clínica Médica II. Todas as aulas foram registradas por meio de gravação e arquivadas para reflexão sobre a conduta do docente frente a seus alunos. A segunda fase foi realizada em outubro de 2012 e contou com a participação dos alunos que integraram a primeira fase e que se encontram no término do curso. Essa fase consistiu na aplicação de um questionário contendo uma única questão aberta com a função de conhecer quais foram as contribuições e influências (positivas e negativas) de minha ação docente sobre a formação dos alunos. Os resultados da pesquisa, conforme as transcrições das gravações e das respostas à questão aberta, permitiram inferir que eu possuo um perfil humanista, compatível com os preceitos de Carl Rogers. A partir da análise da minha prática docente, pude tecer reflexões críticas sobre minhas práticas de ensino, questionando os fundamentos das mesmas e os postulados tácitos sobre a natureza dos saberes relativos ao ensino, visando à formação profissional humanística. Propõe-se ao final desse trabalho que a FAMED crie um

programa de capacitação permanente que venha a contribuir para a melhoria da qualidade da educação médica em nossa Instituição e um modelo de sustentação ao docente do ensino médico baseado nos conhecimentos técnicos, saberes didático-pedagógicos e no comportamento docente preconizado por Carl Rogers.

Palavras-chave: Educação Médica, Humanismo, Ensino, Aprendizagem e Ensino Superior

ABSTRACT

This thesis is born from countless worries and concerns that I found on my teaching practice at the Medical School (FAMED) from Universidade Federal do Rio Grande (FURG). For many years I worked empirically, teaching based on the masters who positively influenced me, but such behavior became insufficient to support my teaching practice. When noting my shortcomings, I started considering that, as a professor of medical education, I have to base my teaching practice in my technical understanding, supported by didactic-pedagogical knowledge and especially grounded in the humanist profile defined by Carl Rogers. The National Curriculum Guidelines for Medical School (*Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*) recommend the profile of the trainee/Medical Professional "with generalist, humanistic, critical and reflective training", with numerous technical skills and with an unblemished ethical and moral profile. To achieve this goal it is essential that medical teachers be attuned to the principles of the Guidelines. Therefore, I believe that the teacher training for Medical Education must value the technical and didactic-pedagogical knowledge, as well as the qualities mentioned by Carl Rogers for nearly half a century. The research MEDICAL EDUCATION FROM CARL ROGERS' HUMANISTIC PERSPECTIVE: A CLASSROOM EXPERIENCE aims to recognize the humanistic profile promoted by Carl Rogers in the teaching practice of a professor in the discipline of Internal Medicine II, and also seeks: identifying in my teaching practice the precepts of Carl Rogers: empathy, congruence, acceptance and the facilitator profile; identifying the contributions and influences of the teacher for the training of a doctor with humanistic profile, pointed out by the learners' perspective; and reflecting on the contribution of Carl Rogers, one of the authors of the humanistic chain, in the educational process of medical education. In research path on my performance in the classroom it was used a qualitative approach, believing that the use of this type of analysis allows drawing conclusions from the data collected. The qualitative study was based on content analysis, seeking to understand the verbal interactions that reveal the teaching practice meanings. The subject of this research is a university professor who has worked in Medical School for 19 years in the discipline of Internal Medicine II (*Clínica Médica II*) from FAMED – FURG, in the city of Rio Grande - RS. Considering the investigation itself, it was divided into two phases. The first phase was conducted from March to November 2010 and it was attended by 32 students from the practical classes A and C, of the Internal Medicine II discipline. All classes were registered by audio recording and archived for reflection on the teacher's behavior in front of his students. The second phase was conducted in October 2012 and it was attended by the students who integrated the first phase, which are finishing the course. This phase consisted of a questionnaire containing a single open question with the objective of knowing what the contributions and influences (positive and negative) of my teaching practice on the students' training were. The survey results, according to the transcripts of the recordings and the responses to the open question, allowed inferring that I have a humanistic profile, compatible with the precepts of Carl Rogers. From the analysis of my teaching performance I could weave critical reflections on my teaching practices, questioning the reasons and the tacit assumptions about the nature of knowledge relating to education, seeking humanistic professional training. At the end of this work, it is proposed that FAMED creates a permanent training program that will contribute to improving the quality of medical education at our institution and also a supporting model to medical education teachers based on

technical and didactic-pedagogical knowledge and on the teachers' behavior recommended by Carl Rogers.

Keywords: Medical Education, Humanism, Teaching, Learning and Higher Education.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	- Associação Brasileira de Educação Médica
ABP	- Aprendizagem Baseada em Problemas
CSM	- Corpo de Saúde da Marinha
FURG	- Universidade Federal do Rio Grande
FAMED	- Faculdade de Medicina
IES	- Instituições de Ensino Superior
LDB	- Lei de Diretrizes e Bases
PPGEC	- Programa de Pós-Graduação em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde
RBEM	- Revista Brasileira de Educação Médica
TIC	- Tecnologia da Informação e Comunicação
UGF	- Universidade Gama Filho

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Os três pilares que sustentam o docente do ensino médico: 1- Conhecimento técnico; 2- perfil humanista e 3- competência didático-pedagógica.....	139
Figura 2- Modelo baseado somente no conteúdo técnico do professor.....	140
Figura 3 - Uma nova dimensão para a formação do docente do ensino médico.....	142

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	18
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	29
2.1 O ENSINO MÉDICO NO BRASIL.....	29
2.2 A EXPANSÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL.....	31
2.3 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA E O ENSINO MÉDICO.....	36
2.4 A QUESTÃO DO HUMANISMO NO ENSINO MÉDICO.....	41
2.5 A FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA O ENSINO MÉDICO.....	51
2.5.1 FORMAÇÃO DOCENTE: UMA PREOCUPAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE.....	63
2.6 O MODELO DE ENSINO TRADICIONAL.....	65
3 CARL RANSON ROGERS, UM EDUCADOR HUMANISTA.....	78
3.1 CARL ROGERS -SUA VIDA E SUA OBRA.....	78
3.2 SUA TEORIA EDUCACIONAL, UMA EDUCAÇÃO CENTRADA NA PESSOA COM UM PROFESSOR FACILITADOR.....	81
3.3 EMPATIA CONFORME CARL ROGERS.....	84
3.4. CONGRUÊNCIA NA VISÃO DE ROGERS.....	85
3.5 A ACEITAÇÃO COMO FATOR DETERMINANTE NA RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO.....	87
4 METODOLOGIA.....	91
5 RESULTADOS.....	101
5.1 EMPATIA.....	103
5.2 CONGRUÊNCIA.....	117
5.3 ACEITAÇÃO.....	122
5.4 PERFIL FACILITADOR.....	124
6 CONCLUSÕES e CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	131
6.1 PROPOSTA DE UM MODELO DE SUSTENTAÇÃO AO DOCENTE DO ENSINO MÉDICO.....	137

6,2 CURSO DE FORMAÇÃO DOCENTE.....	142
REFERÊNCIAS.....	146
ANEXO I.....	162
ANEXO II.....	163
ANEXO III.....	164

1 INTRODUÇÃO

Durante muitos séculos o ensino médico foi baseado em aulas magistrais ministradas por professores centralizadores a alunos passivos e silenciosos. Em geral, os professores ensinavam de um altar em que os alunos não podiam subir e de onde transmitiam seus conhecimentos sobre a arte da medicina. Neste modo de ensinar, conhecido como modelo de ensino tradicional, as iniciativas cabem ao docente, pois o essencial é contar com um professor razoavelmente bem preparado tecnicamente, mesmo que este não saiba o ofício de ensinar (SAVIANI, 1991). Este modelo de ensino perdura até hoje na educação médica. No entanto, há algumas décadas existem evidências do seu desgaste, observando-se a necessidade de mudança deste paradigma.

Até o século XVIII a formação médica era restrita a poucos saberes, especialmente de anatomia humana e de semiologia médica. Em “A Assustadora História da Medicina”, de Gordon (1996), nota-se como a profissão médica vivia na escuridão e que nem todos os momentos do passado são gloriosos e magníficos como se imagina. Para superar a deficiência de conhecimento da época, os médicos aprendiam a arte da medicina baseados em valores humanistas. Era um período em que se escutava, tocava-se e olhava-se mais, pois havia poucos meios para ajudar os pacientes. Apesar do método tradicional de ensino predominar na maioria das escolas médicas da época, os valores humanistas permeavam todo o currículo médico (DE MATTOS, 1997).

A partir do século XX e início do século XXI, o mundo assistiu a significativas transformações, especialmente na área da ciência e da tecnologia. As duas grandes guerras mundiais promoveram mudanças na sociedade, e o ser humano começou a refletir sobre o seu destino na terra, vilipendiada e devastada. Foi um século de megamortes e de avanços sociais, científicos e tecnológicos (HOBSBAWM, 1994). A revolução no setor de comunicação e de informática mudou drasticamente a relação de poder, e aqueles que acreditavam ser os únicos detentores do conhecimento perceberam que seus saberes não eram significativos como imaginavam. Durante esse período “Nossa cultura passou a valorizar mais o conhecimento racional, a objetividade e a quantificação, que nos mostramos inseguros ao lidar com os valores e as experiências humanas” (CAPRA, 1995, p. 313). Nesse novo mundo o *ter se*

sobrepõe ao *ser* e para muitos é mais importante acumular dinheiro e poder do que viver em harmonia com os seus semelhantes (FROMM, 1980).

Hoje vivemos um tempo de transformações intensas, processadas em velocidade inigualável. Tempo de diversidade, de contradições, de avanços na tecnologia e na ciência, de reestruturação produtiva, de redefinição das estruturas educacionais. Nesse mundo mais rápido onde se escuta, se olha e se toca menos, as pessoas se distanciam e passam a ser solitárias no meio de uma grande comunidade. A ciência e a tecnologia são as “novas religiões” que vieram para melhorar a qualidade de vida dos seres humanos, criando condições que jamais haviam sido vistas na história da humanidade. Os aparelhos, os computadores, as novas tecnologias superam os sentidos humanos, o que nos faz valorizar mais os especialistas e os hiperespecialistas que manuseiam estas máquinas com habilidade e destreza.

Doravante, são as especializações que se impõem. O que leva o filósofo espanhol Ortega e Gasset a dizer que o profissional, o engenheiro, o médico, o advogado e o cientista são bárbaros instruídos, mas sem cultura (BERTRAND, 2001, p. 199).

O tecnicismo e o cientificismo geram conhecimentos que transformam verdades em mentiras em menos de uma década, tornando, em pouco tempo, os conhecimentos profissionais arcaicos e superados. A sociedade do conhecimento passa a ser símbolo e motor da riqueza da humanidade e, ao mesmo tempo, uma perpetuadora das assimetrias econômicas e sociais (SOBRINHO, 2005). “Costumava-se dizer que podemos saciar a fome com uma quantidade determinada de alimento, mas não podemos saciar a razão com uma quantidade determinada de saber” (DURKEIM, 2008, p. 53).

Sem dúvida que houve avanços em todas as áreas do conhecimento, e a medicina foi uma das que mais se beneficiou de todo este desenvolvimento. Os progressos no campo do diagnóstico, prevenção e tratamento são impressionantes. A partir de meados do século XX, a medicina se transformou e a quantidade de conhecimento agregado à prática médica aponta a necessidade de uma mudança na educação médica e, conseqüentemente, na formação de docentes para o ensino médico. “Pela primeira vez na história da humanidade, a maioria das competências

adquiridas por uma pessoa no início de seu percurso profissional estarão obsoletas no fim de sua carreira” (LÉVY, 2001, p. 157).

Nas últimas décadas a informação tem sido disponibilizada em quantidade jamais vista na história da humanidade, mas com qualidade muitas vezes questionável. Além disso, apesar do acúmulo de conhecimentos adquirido pelos seres humanos nos últimos duzentos anos, esse volume de informação tornou-se difícil de ser compreendido e manipulado por uma população que também cresceu desordenadamente no mundo. Esse aumento da quantidade de informação a ser transmitida e o crescimento do público a quem essa informação precisa ser endereçada, mudou drasticamente o modelo educacional. “O crescimento ininterrupto dos conhecimentos constrói uma gigantesca torre de Babel” (MORIN, 2002, p. 16). Está implícito neste fato o conceito de que se “alguma informação é boa, mais informação é melhor” (PEIXOTO e SILVA, 2000, p. 42). Isso não é necessariamente verdade, pois tanto a falta como o excesso de informação podem ser prejudiciais à humanidade. Essa problemática também atinge a área da medicina.

Como já disse, vivemos a época do high-tech e do no touch. Usa-se a tecnologia mais sofisticada e esta impressiona tanto os pacientes e seus familiares quanto os próprios médicos. Sem dúvida hoje dispomos de recursos impressionantes, que podem e devem ser utilizados. Porém, muitos profissionais ficam fascinados, quase que hipnotizados pela parafernália tecnológica e se esquecem dos recursos simples e tão eficazes de que dispõem: o toque, a palpação, a percussão, a ausculta tudo aquilo, enfim que compõe o que tradicionalmente se chama de arte da medicina. São recursos que todos nós possuímos, que não precisam ser importados, que não causam danos ao paciente, mas que se encontram quase esquecidos (KNOBEL, 2010, p. 308).

Então, os séculos XX e XXI, repletos de informações e conhecimentos, requerem uma mudança comportamental dos professores que atuam no ensino médico. Para atuar nesse cenário são necessários professores que se formem com saberes técnicos e didático-pedagógicos alicerçados em valores humanistas sólidos. Tantas mudanças demandam adaptações dos docentes, exigindo inclusive o ensino de novas habilidades técnicas sem que sejam esquecidos dos valores éticos, morais e humanistas.

Assim, imerso nesse panorama, percebo inúmeras deficiências e lacunas em minha formação e prática docente. Há dezenove anos atuo como professor no curso

de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, no município do Rio Grande, Rio Grande do Sul. Ao ingressar na carreira docente, baseado somente nos meus conhecimentos técnicos e sem experiência didático-pedagógica, procurei reproduzir os modelos que nortearam a minha vida acadêmica, pois não tinha formação na área da docência e nem fui preparado para tal incumbência. Essa é uma realidade que Fernandes, professor da Universidade de São Paulo (USP) de Ribeirão Preto, percebe na sua Universidade, isto é, após os professores serem contratados, não recebem formação adicional para a sua prática docente (MOROSINI, 2006).

Como não possuía referencial teórico ou noção de qualquer metodologia didático-pedagógica, atuei de forma empírica baseado nas ações dos professores que mais marcaram a minha formação médica. Os meus exemplos eram professores cuja prática docente era baseada no respeito, no carinho, na coerência e no desejo de ver seus alunos livres para alçarem voos mais altos que os seus. Com apenas essas memórias, ingressei na vida acadêmica e procurei exercê-la observando os mesmos preceitos de meus grandes mestres, o que é comum, pois é notório que uma parte importante da competência profissional dos professores tem raízes em sua história de vida representada pelos ensinamentos de seus antigos professores (TARDIF, 2003).

Entretanto, há mais de 15 anos já tinha a percepção de que muitos dos meus alunos não manifestavam real interesse pelos assuntos estudados, não obstante serem fundamentais para a sua formação acadêmica. O principal fator que servia de motivação para as atividades relacionadas à aprendizagem era a obtenção de resultados suficientes nas avaliações, realizadas através de provas. Já nessa época eu passava por inquietações baseadas na observação de meus alunos que, submetidos a um sistema centrado no professor, apresentavam um perfil passivo, o que não contribuía para a formação de um médico autônomo, reflexivo, crítico e humanista. Não raramente constatava que pouco restava para os meus alunos dos conhecimentos que deveriam ter firmemente construído em fases anteriores de sua trajetória universitária. Do conhecimento "transmitido", muito se esvaece nas névoas das memórias esquecidas.

Quando o professor universitário diz: "Não me venha com pedagogias", ele se sustenta na concepção tão presente no contexto universitário, que é a de que "quem

sabe, sabe ensinar”. Ou seja: basta ser um médico competente para ser um bom professor na Faculdade de Medicina, um juiz competente para ser bom professor na Faculdade de Direito, um brilhante jornalista para ser bom professor na Faculdade de Comunicação. Entretanto, a prática vivenciada no cotidiano das universidades nos faz constatar a toda hora a inconsistência dessa concepção (RIOS, 2009). Tal premissa vai ao encontro de minhas preocupações, pois, a despeito de tantos anos na carreira docente, ainda me sinto despreparado para o exercício pleno da prática docente.

Ressalto que uma das críticas mais comuns dirigidas aos cursos superiores refere-se à didática de seus professores, ou seria melhor dizer, à falta dela, o que pode ser constatado pela literatura específica da área, e pelo resultado de avaliações realizadas com alunos em diferentes tipos de instituição e em diferentes cursos (entre outros exemplos, podem ser citados os trabalhos desenvolvidos por BALZAN, 1988; CUNHA, 1989; COMVEST, 1996; MASETTO, 1998; PACHANE, 1998; LEITE *et al.*, 1998). Relatos de que o professor sabe a matéria, porém não sabe como transmiti-la ao aluno, de que o professor não sabe como conduzir a aula, não se importa com o aluno, é distante, por vezes arrogante, ou que não se preocupa com a docência, priorizando seus trabalhos de pesquisa – mais valorizados pela comunidade acadêmica – são tão frequentes que parecem fazer parte da natureza, ou da cultura de qualquer instituição de ensino superior (PACHANE, 2006).

No ano de 1996, ao terminar meu mestrado em Clínica Médica, tive a oportunidade de reavaliar minhas experiências como professor e iniciei um processo de mudança de prática docente que culminou com a implantação da Disciplina de Clínica Médica II, criada na reforma curricular do Curso de Medicina da FURG e efetivada a partir do ano 2005. Durante esse período procurei informações sobre o método de Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), e datam dessa época os primeiros contatos com os fundamentos teóricos do método posto em prática a partir das turmas ingressantes no Curso de Medicina. A perspectiva de um método educacional que estimulasse os alunos ao estudo e fornecesse o contexto adequado para o desenvolvimento de suas potencialidades intelectuais, especialmente de suas habilidades para aprender, deu origem ao interesse em conhecer melhor o método de ABP, com vistas à sua possível implantação em todo o Curso de Medicina.

É importante frisar que até dezembro de 2009, apesar de alguns esforços no campo da docência, antes de ingressar no Programa de Pós-Graduação em Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde (PPGEC), eu não tinha nenhum conhecimento sobre qualquer teoria educacional ou sobre educadores que atuaram ou atuam na educação. Piaget, Vygotsky, Tardif, Perrenoud, Zabalza, Masetto, Becker, entre tantos outros, eram nomes desconhecidos por mim, pois na educação médica não temos o hábito de estudar tais autores e suas teorias. A leitura de artigos e livros, por indicação de minhas orientadoras, permitiu-me vislumbrar a educação sob uma nova perspectiva.

Essa imersão teórica fomentou as inquietações que me afligiam. Meu despreparo didático-pedagógico, minha falta de referencial teórico, a necessidade de formar um médico crítico, reflexivo e humanista conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina e o modelo de ensino tradicional centrado no professor, especialmente na minha prática docente, era o que mais me incomodava. Percebi que, apesar de procurar atuar em outra perspectiva, ainda ministrava aulas baseadas no modelo tradicional e passei a reconhecer minhas deficiências. Essa autopercepção como docente passou a ser aprofundada, pois antes não possuía referenciais teóricos que dessem subsídios para uma atuação diferenciada.

No período em que convivi nesse programa, a relação com professores de diversas áreas da educação propiciou uma reflexão sobre os problemas educacionais local, regional e nacional. Neste novo mundo pude constatar como a profissão de professor é essencial para o desenvolvimento de um povo e de seu país e como ela é desvalorizada e maltratada no Brasil. Também pude observar como minhas deficiências, fruto da falta de orientação por parte de nossas Instituições de Ensino Superior, podem ser sanadas com a ajuda de especialistas da área da educação. Foram três anos de intensa leitura com respostas para velhas questões e o surgimento de novas dúvidas. Dúvidas que só surgiram porque a ignorância sobre o tema foi evidenciada pela convivência com educadores e profissionais de outras áreas. Foi um período de grandes aprendizados e de um enriquecimento pessoal e espiritual que há muito tempo não experimentava. Como ressaltam Ristoff e Sevegnani (2006), os sujeitos professores só alteram suas práticas quando são capazes de refletir sobre si e sobre a sua formação.

Desse modo, no meu caso, o nascimento da tese ocorre após anos de atuação, tanto teórica quanto prática. Apesar de ainda não ter vivenciado todas as experiências necessárias para esta caminhada percebi ser capaz de suportar as enormes responsabilidades que o momento impunha. Por este motivo resolvi ingressar no PPGEC e iniciar esta jornada.

Convém aqui destacar que, ao começar esta pesquisa, estava ciente da necessidade de uma reflexão sobre o significado de se construir uma tese. Reconhecer o que motivou a sua constituição foi ponto de partida para a escolha metodológica, considerando, inclusive, as suas implicações. Dessa forma, entendo que a construção desta tese não se fez em relampejos, mas foi elaborada a partir de um contexto de vida e experiência, sendo o projeto desenvolvido quando me questionei sobre as dúvidas que surgiam. Ao ficar curioso a respeito de assuntos que me eram obscuros, acabei por criar questões que precisavam ser respondidas e, então, nasceu a pesquisa.

Nesse contexto, surgiram inúmeros questionamentos: aulas fundamentadas em valores humanistas têm resultado efetivamente satisfatórios em termos de ensino e aprendizagem na área médica? Os docentes que atuam baseados em valores humanistas terão sucesso na arte de ensinar? A qualificação técnica do docente deve ser supervalorizada em detrimento da sua formação humanística? As metodologias de ensino são mais importantes que um docente capaz de respeitar e entender seus alunos?

Dentre muitas questões, a principal e que orientou este estudo foi: *A minha prática docente remete à de um professor com perfil rogeriano?* Essa questão baseia-se na premissa de que sou um professor do ensino médico sem formação didático- pedagógica e sem referenciais teóricos, contratado devido aos meus conhecimentos técnicos na área de Clínica Médica. Assim, desenvolvi uma prática docente empírica, ancorada na vivência de meus mestres. No entanto, para uma mudança como docente defendo que a resposta à última questão é essencial.

As respostas à maioria dessas questões não serão dadas nesta pesquisa, mas ao refletir sobre elas poderei repensar meu modo de atuação nos diversos cenários do ensino médico. Ao refletir sobre minha ação, espero ser capaz de me desconstruir e me reconstruir como um docente humanista. Ciente de que minha formação era insuficiente para dar continuidade a minha carreira docente, há muitos

anos tenho me questionado sobre o meu desempenho e o que poderia contribuir para melhorá-lo e, conseqüentemente, auxiliar na formação dos meus alunos.

É nessa direção que a pesquisa aqui construída como uma tese de Doutorado em Educação e Ciências tem a sua história. História esta que se organiza em fases de conhecimento do objeto de estudo e a busca de caminhos epistemológicos que culminaram na decisão tomada de pesquisar as ações do próprio docente. Acredito que a condição de docente pesquisador da sua própria ação, assumindo uma postura reflexiva, amplia as possibilidades de pensar a prática pedagógica, gerando oportunidades para que se maximizem pontos fortes e minimizem pontos fracos. Adoto aqui os conceitos de professor reflexivo apresentados nos Verbetes constituintes da Enciclopédia de Pedagogia Universitária: Glossário, v. 2, pois, conforme a apresentação de Ristoff, “A amplitude de temas em discussão e a profundidade com que foram abordados pelos diversos autores tornam este Glossário uma obra de referência imprescindível para todos que seriamente estudam a educação superior” (MOROSINI *et al.*, 2006, p. 54).

Cunha, embasado em Schon (2000) e Alarcão (2001), desenvolveu um verbete para professor reflexivo, segundo o qual é aquele:

[...] capaz de querer colocar em andamento um processo auto reflexivo, a fim de que suas atividades educativas sejam conscientemente executadas. Assim, ele pode pensar e refletir sobre o porquê, o como e para que das mesmas. Cabe ao professor reflexivo duas instâncias. A primeira, durante a ação educativa, visando reformular o que está sendo feito no momento de sua execução, valorizando a incerteza como componente da aprendizagem dele e de seus alunos. A segunda, quando, além de refletir durante a ação, reflete também na reflexão da ação, ou seja olha, retrospectivamente o que foi realizado, procurando entendê-lo e justificá-lo, em busca de auto aperfeiçoamento e auto consciência docente.

Para Morosini, M.C; Morosini, L. (2006), ser professor reflexivo é uma das formas de compreender e de situar-se em relação à dimensão de professor. Quanto à dimensão do valor moral, o ensino necessita guiar-se pelos valores educativos pessoalmente assumidos. Já a dimensão do compromisso com a comunidade é definida pela negociação e equilíbrio entre os diferentes interesses sociais, interpretando o seu valor e mediando política e prática entre eles e a dimensão da competência profissional é definida na pesquisa/reflexão sobre a prática.

A ideia de um profissional reflexivo transformou-se em um dos postulados básicos da docência, e refletir sobre a sua prática torna-se essencial para o seu aprimoramento. Considerando que o professor é um importante ator, entre outros, na engrenagem do processo de ensino e de aprendizagem, é necessário concebê-lo como um profissional que reflete criticamente sobre a prática cotidiana e assim, facilitar o desenvolvimento autônomo e libertador dos participantes do processo educativo. A partir da reflexão é que podem surgir os processos de significação visando a ampliar sua compreensão e atuação frente ao ato complexo da docência (ZABALZA 2004; TARDIF, 2003, 2005, 2008). Há algo que antecede a prática docente, há algo que acontece durante a prática docente, constituindo-se então em saberes experienciais que são construídos ao longo das trajetórias pessoal e profissional dos professores. As atividades cotidianas não são só validadas por suas experiências, mas são legitimadas por processos reflexivos, através dos quais os professores conseguem compreender e justificar as razões de suas tomadas de decisões (CUNHA, 2006).

Foi a partir dessas considerações e do desejo de encontrar novos referenciais teóricos que procurei autores que pudessem dar sustentação para uma mudança na minha prática docente. Em minhas leituras encontrei Patch Adams, Erich Fromm, Paulo Freire e Carl R. Rogers, e esses foram base para minha transformação epistemológica. Fundamentado nesses autores, iniciei minha pesquisa e procurei entender o perfil humanista preconizado por Carl Rogers.

Assim, o presente trabalho teve origem em uma pesquisa bibliográfica da obra de Carl Rogers, cuja abordagem direcionada à pessoa e aplicada à educação leva-nos a entender o aluno como centro da aprendizagem. Considerando que o ensino médico é voltado para a construção de uma cidadania humanista e que precisa oferecer aos alunos bases éticas e morais que lhes permitam posicionar-se frente às transformações em curso, é que propus pensar sobre a atuação docente neste trabalho. Nessa perspectiva, não é suficiente que o professor adquira conhecimentos sobre seu trabalho, é essencial que saiba transformá-los em ação. Para tal, é necessário que seus conhecimentos teóricos estejam articulados com a sua prática, e que esta seja permeada pela reflexão de suas ações.

Como tornar o conhecimento apaixonante por si mesmo? Essa não é somente uma questão de competência, mas de identidade e de projeto

pessoal do professor. Infelizmente, nem todos os professores apaixonados dão-se o direito de partilhar sua paixão, nem todos os professores curiosos conseguem tornar o amor pelo conhecimento inteligível e contagioso. A competência aqui visada pela arte de comunicar-se, seduzir, encorajar, mobilizar, envolvendo-se como pessoa. A paixão pessoal não basta, se o professor não for capaz de estabelecer uma cumplicidade e uma solidariedade verossímeis na busca do conhecimento. Ele deve buscar com seus alunos, mesmo que esteja um pouco adiantado, renunciando a defender a imagem do professor “que sabe tudo” (PERRENOUD, 2008, p. 38).

Para Rios (2009), *o professor deve se preparar para seu ofício e não basta o sólido conhecimento técnico para ensinar*. Adotando essa linha de pensamento, há que se pensar na dimensão pessoal da docência. Isaia (2006) caracteriza a dimensão pessoal fundamentada na capacidade de os docentes se perceberem inteiros na docência, constituindo-a pelas marcas da vida e da profissão. Assim, a autora concebe um duplo movimento em que: “os professores realizam as suas atividades docentes, ou seja ao mesmo tempo em que eles se reconhecem como sujeitos dessas atividades, são capazes de se distanciarem e fazer com que elas se tornem objetos de sua reflexão” (ISAIA, 2006, p. 376).

A minha tese, portanto, é: *para que eu tenha a oportunidade de contribuir na formação de médicos conforme recomendam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, como docente do ensino médico preciso basear a minha prática pedagógica nos meus conhecimentos técnicos, apoiada nos saberes didático-pedagógicos e alicerçada, especialmente, no perfil humanista preconizado por Carl Rogers*.

Diante dessa premissa, o trabalho investigativo aqui apresentado teve como objetivo geral reconhecer o perfil humanista preconizado por Carl Rogers na minha prática docente como professor da Disciplina de Clínica Médica II. Os objetivos específicos foram: identificar na minha prática pedagógica os preceitos de Carl Rogers: a empatia, a congruência, a aceitação e o perfil facilitador; identificar as contribuições e influências do docente para a formação de um médico com perfil humanista tendo como referência a perspectiva discente; e refletir sobre a contribuição de Carl Rogers, um dos autores da corrente humanista, no processo educativo do ensino médico.

Considerando as etapas envolvidas no trabalho, a estrutura organizacional apresenta-se da seguinte forma: seguindo essa primeira parte introdutória, na segunda parte é realizada a revisão de literatura, tendo como temas a implantação

das escolas médicas e sua proliferação no Brasil; a análise das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina; a necessidade de formação de docentes para o ensino médico; os preceitos para uma educação humanística, tendo como referencial maior Carl Ransom Rogers. Na terceira parte é abarcada a metodologia utilizada em função dos objetivos do estudo e, na quarta parte, emerge a análise dos dados e a discussão dos resultados através da interlocução com os teóricos adotados. Finalmente, numa última parte, são apresentadas as conclusões acompanhadas de sugestões.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O ENSINO MÉDICO NO BRASIL

Ao tratar do ensino médico no Brasil, é necessário uma retrospectiva ao Brasil – Colônia de 1808, que ao ascender à condição de Reino-Unido, passou a usufruir os privilégios das exigências materiais e sociais que norteavam a cúpula do poder. Deve-se lembrar que o Brasil Colônia foi impedido de ter cursos superiores, inclusive de medicina, por razões estratégicas, durante quase trezentos anos. A dependência da Colônia deveria ser total, e até a chegada da família real ao Brasil vigorou essa visão obscura e totalitária (ALENCAR, 1981). Até então havia uma justificativa plausível para impedir o desenvolvimento do ensino superior no Brasil, e era “[...] manter a colônia incapaz de cultivar e ensinar as letras e as artes” (CUNHA, 1980, p.12). Ao chegar em 1808, com a família real portuguesa, D. João VI percebeu que a Colônia era pouco dotada de recursos físicos, materiais e, especialmente, humanos. Com a mudança da coroa real para o Brasil, a visão predatória e exploratória de Portugal teria que cambiar para um modelo menos injusto. Para residir no Brasil era necessário criar condições de moradia, comércio, lazer, enfim, promover o desenvolvimento de ações estratégicas, e a educação seria prioridade para o desenvolvimento econômico e social do país.

Preocupado com as precárias condições sanitárias da Colônia, D. João VI, ainda em Salvador, aprovou em dezoito de fevereiro de 1808, a criação da Escola de Cirurgia da Bahia-Salvador, primeira Escola de Medicina do Brasil (GOMES, 2008; NEVES, 2005). Diante de tantas moléstias e falta de condições sanitárias, D. João VI determinou, em novembro daquele ano, a criação da segunda Escola de Medicina do Brasil, a Escola de Anatomia, Cirurgia e Medicina, bem como a instalação do Hospital Real Militar no Rio de Janeiro. Até então o Brasil era dotado de apenas dois médicos diplomados (GOMES, 2008).

Além da necessidade de prover médicos para atender a família real e a população em geral, os cursos de medicina e cirurgia surgiram com o intuito de formar médicos e cirurgiões para as forças armadas, Marinha e Exército, pois a guerra com a França e Espanha era iminente.

A criação de escolas para a formação de clínicos e cirurgiões marca o processo de institucionalização da medicina no Brasil (...) a criação das escolas de formação de médicos e cirurgiões na Bahia e no Rio de Janeiro veio atender a preocupação da corte portuguesa, que se sentia ameaçada pela falta de médicos clínicos e cirurgiões com formação universitária, capazes de atender a nobreza que se instalava e de propor medidas de erradicação das grandes endemias e epidemias, necessárias para melhorar a imagem do Brasil nos demais países, principalmente a Inglaterra, receptores de minérios, matérias-primas e alimentos aqui produzidos e extraídos (PIRES, 1989, p. 67).

Da descoberta do Brasil até o início do século XIX, a assistência médica era prestada por homens de ofício, licenciados em Portugal, físicos e cirurgiões-barbeiros, vindos ao Brasil em expedições colonizadoras e exploradoras (PIRES, 1989). Até a primeira metade do século XIX prevalecia a escola francesa na educação médica, enquanto que na metade do mesmo século observa-se uma maior influência da escola alemã, e as duas escolas médicas brasileiras seguiam estas tendências (KEMP, 2004). O ensino médico no Brasil até 1898 era ministrado somente nas duas escolas médicas, do Rio de Janeiro e Bahia, para onde vinham jovens de todas as regiões do Brasil estudar o ofício da medicina (SARINHO, 1989).

Por mais de meio século não houve grandes mudanças no ensino médico brasileiro, e até a Proclamação da República, em 1889, “[...] o Ensino Superior permaneceu praticamente o mesmo” (CUNHA, 1980, p. 70). A partir deste período, inúmeras instituições foram criadas no Brasil, e em 1889 foi inaugurada em Porto Alegre a primeira Escola de Medicina do estado do Rio Grande do Sul. Até o final da Primeira República, funcionavam no Brasil apenas 12 Escolas de Medicina, todas elas ligadas ao poder público (VERAS, 1983).

No início do século XX, os Estados Unidos da América promoveram uma reformulação de suas escolas médicas e inúmeros estabelecimentos foram fechados a partir do estudo realizado pelo educador Abraham Flexner (PAGLIOSA, 2008). As principais propostas desse documento para o desenvolvimento do ensino nas escolas de medicina eram: definição de padrões de entrada e ampliação, para quatro anos, da duração dos cursos; introdução do ensino laboratorial; estímulo à docência em tempo integral; expansão do ensino clínico, especialmente em hospitais; vinculação das escolas médicas às universidades; ênfase na pesquisa biológica; vinculação da pesquisa ao ensino; estímulo à especialização médica; controle do exercício profissional pela profissão organizada (AGUIAR, 2003). O Relatório Flexner de 1910, como ficou conhecido mundialmente, mudou

definitivamente as estruturas curriculares dos cursos médicos e caracterizou-se pela ênfase nos conhecimentos especializados, incentivo à aprendizagem da prática médica nos hospitais de ensino e impulso às pesquisas. Na escola médica, o conhecimento das especialidades se localizou na divisão das disciplinas, agrupadas em básicas e profissionalizantes, fragmentando a unidade do conhecimento médico, ainda no curso de graduação (LAMPERT, 2001). Este foi um marco na reforma do ensino médico em todo o mundo ocidental e também passou a influenciar as escolas médicas brasileiras.

Por cerca de 50 anos, poucas escolas médicas foram implantadas no Brasil visando a atender às necessidades de uma população que crescia e se urbanizava. Até esse período, o Estado era considerado o maior empregador de trabalhadores da área da saúde, e os médicos atuavam como profissionais autônomos (PEIXOTO, 2000). É preciso ressaltar que até meados da década de 60 a maioria da população do Brasil residia no meio rural. Com a industrialização do país houve uma migração significativa da população, que resultou em uma mudança deste perfil a partir da década de 70, e que culminou no esvaziamento do campo (FAUSTO, 2004). Atualmente mais de 70% da população brasileira vive em grandes centros urbanos. Tal mudança determinou uma expansão significativa no número de escolas médicas, especialmente após a da década de 90. Mais do que um curso profissionalizante, a escola médica assume os compromissos da universidade, cujo papel primordial, além da transmissão, é o da geração de conhecimentos. 'Não se pode relegar essa atividade a um segundo plano, sob pena de tornar o profissional dependente de conhecimentos gerados em outros contextos, muitas vezes dissociados da prática em seu meio, em suas reais condições de trabalho (PINTO, 2004).

2.2 A EXPANSÃO DAS ESCOLAS MÉDICAS NO BRASIL

Entre 1808 e 1959, foram criados vinte e sete cursos de medicina no Brasil, sendo dezenove deles vinculados à administração federal; quatro estaduais e quatro privados. De 1961 a 1965 foram inauguradas nove novas escolas de medicina e de 1960 a 1969 fundaram-se, ao todo, trinta e cinco escolas de medicina, doze destas somente no ano de 1968. É no período entre 1966 a 1970 que se dá uma verdadeira "explosão" do ensino médico no país, e o número de escolas existentes aumenta em

75%. Este crescimento exagerado revela também uma tendência à concentração regional: 83,3% das escolas então fundadas se localizam nas regiões Sul e Sudeste do país. O aumento de escolas médicas se deu basicamente por conta da iniciativa privada (83,3% das escolas), diferentemente do que ocorria anteriormente (VERAS, 1983).

Com a criação de novas instituições, foi crescente também o número de matrículas, o que comprometeu a qualidade do ensino, extrapolando sua capacidade, devido à falta de hospitais de ensino, falta de laboratórios e de professores em número e qualificação adequada. Sabidamente, os docentes dos cursos de medicina ingressam na docência mais pelas suas qualificações técnicas do que pela sua formação didático pedagógica, exceto pelas disciplinas eventualmente cursadas na pós-graduação (NEVES, 2005).

A expansão das escolas médicas, na década de 60, foi influenciada pelo Plano Decenal de Saúde das Américas voltado aos problemas referentes à falta de médicos para a América Latina e à “introdução do planejamento de recursos humanos” (BUENO, 2005, p.18.). Em seu extenso trabalho sobre a expansão das Escolas Médicas no Brasil, Bueno (2005) expõe a dramática expansão destas instituições em nosso país a partir da década de 70.

Diante de tal expansão no número de escolas médicas, foi criada, em 1966, a Fundação Universidade Federal do Rio Grande e instituído o Curso de Medicina. Inicialmente o Curso de Medicina da FURG foi instalado na Associação de Caridade Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande, que realizou adequações da área física para atender às exigências do Ministério da Educação e Cultura. As disciplinas teóricas, a biblioteca e a Coordenação do Curso funcionavam no até então denominado “anel externo”; as atividades práticas em nível hospitalar ocorriam nas unidades de internação São Lucas I e II: Maternidade, Pediatria, Centro Cirúrgico e Clínica Médica. Em sete de dezembro de mil novecentos e oitenta e oito (1988), foi criado o Hospital Universitário Professor Miguel Riet Corrêa Júnior, e em 1994 foi inaugurada a área acadêmica Newton Azevedo, o que contribuiu positivamente para formação de nossos médicos.

Em 1970, a Organização Pan-Americana de Saúde, publicou um estudo sobre a Educação Médica na América Latina, incluindo as escolas brasileiras. O relatório denunciava a deficiência dos planos nacionais de saúde em relação ao processo de

formação dos profissionais da área, como também a falta de coordenação entre os instrumentos de formação e as necessidades da população, além do número de candidatos muito acima do número de vagas.

No Brasil, as advertências quanto ao comprometimento do ensino médico levaram o governo militar a criar a Comissão de Ensino Médico, constituída de professores de diversas regiões. O objetivo principal era avaliar a situação do ensino no país, suas características e perspectivas, seus aspectos positivos e negativos, a fim de propor medidas para elevar-lhes o padrão e corrigir distorções. Em 1972, estando os trabalhos concluídos, foi entregue ao Ministro da Educação e Cultura um relatório sobre a expansão do ensino médico no Brasil, que, posteriormente, foi aprovado pelo Conselho Federal de Educação. Entre outras medidas, o relatório preconizava a suspensão dos exames vestibulares nas escolas cuja situação de ensino se encontrasse precária. Conter a expansão desordenada de escolas médicas, disciplinar o processo de formação dos médicos e prover as carências das escolas em dificuldades eram os objetivos do relatório (BUENO, 2005).

A implantação de novas escolas médicas ficou condicionada ao novo regulamento, e somente as que haviam requerido autorização de funcionamento antes da nova regra puderam ser implantadas. “Assim, durante 13 anos – de 1971 a 1976 e de 1979 a 1987 - nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país.” (BUENO, 2005, p. 20). No entanto, a despeito das recomendações contra a implantação de novas escolas, o Brasil já tinha, no final da década de 80, setenta e nove Faculdades de Medicina.

No período de 1990 a 2002, foram criados dezessete novos cursos de medicina, sendo que, em treze deles (76,4%) a administração é privada, representando a maior concentração de abertura de escolas médicas privadas verificada em todos os períodos. Além disso, houve a ampliação de vagas nos cursos existentes, acompanhada da queda da qualidade da formação acadêmica e dos honorários da classe médica. São tendências apontadas desde a década de 90: a expansão do ensino superior brasileiro, inclusive no ensino médico; o crescimento acelerado no setor privado; a crescente demanda por ensino superior; e a interiorização da oferta de ensino superior (BOLFER, 2008). Esse fenômeno de proliferação de escolas de Ensino Superior foi impulsionado, na década de 90, pela política de liberação de critérios e condições para criação de Escolas Médicas no

Brasil (REGO, 2003), somada à Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) Lei 9.394/96, a qual reforçou, no seu artigo 53, a autonomia das Universidades, assegurando a estas a possibilidade de “criar, organizar e extinguir, em sua sede, cursos e programas de Educação Superior [...]” (BRASIL, 2004, p. 44). Este surto de crescimento de escolas médicas é o mesmo que ocorreu em outras áreas do conhecimento e não necessariamente foi acompanhado da melhoria na qualidade do corpo docente e dos egressos dessas instituições.

Atento à necessidade de uma mudança no perfil do médico, o Ministério da Educação implanta as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina em 2001. Essas diretrizes são fundamentais para a orientação das Escolas Médicas na formação dos novos médicos no país. No entanto, nesse documento não há menção sobre a formação de docentes para o ensino médico, o que é considerado um fator determinante para o sucesso da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina.

De acordo com os dados contidos no Relatório “Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um Cenário Sombrio,” de março de 2005, o total de cursos de medicina instalados, e em funcionamento no Brasil, até esta data, é de cento e quarenta e seis (146) cursos. Diante desse cenário, cerca de dez mil novos médicos são formados todos os anos no Brasil (BUENO, 2005).

Os efeitos da superpopulação de médicos revelam a crise do sistema público de saúde e a crescente mercantilização da medicina imposta pelas empresas compradoras de serviços médicos. Prevalendo a lei da oferta e da procura, em virtude da mão-de-obra excedente, os reflexos da política salarial repercutem em comprometimento da atualização profissional e na submissão às condições de trabalho inadequadas, expondo os profissionais aos riscos de infrações éticas. Este cenário acaba por caminhar na contramão do processo, concebido como evolução técnico-científica, que exige do médico cada vez mais conhecimentos e preparo profissional, fazendo decair “[...] sensivelmente a sua imagem para muito aquém dos padrões que anteriormente a exaltavam. A medicina, de profissão-sacerdócio, transformou-se em mera prestação de serviço, virou uma mercadoria.” (BUENO, 2005, p.43)

Já conforme informações do Conselho Federal de Medicina (CFM), em 2011 o Brasil já possuía 181 escolas médicas, o que certamente agravou o cenário descrito anteriormente. Esse crescimento descontrolado se deu especialmente nos últimos 10 anos e só acentua as distorções ligadas à formação médica (Conselho Federal de Medicina, 2011). Em julho de 2011 o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde propuseram uma solução para a educação médica. Formar

mais 2500 médicos nas escolas médicas públicas e privadas, a fim de suprir as necessidades da população brasileira. Deve-se observar que em menos de um ano da publicação desses dados foram criadas mais quatro Escolas Médicas sendo que em 2012 o Brasil possui 185 escolas médicas das quais 105 são privadas (JATENE, 2012).

Se atualmente é questionada a qualidade da formação médica, tanto no que se refere à formação técnica quanto no que tange à formação humanista, o que poderá acontecer quando aumentar o número de vagas nas escolas médicas? E a contratação de professores para o ensino médico valorizará os saberes didático-pedagógicos e humanistas? Esta revisão justifica-se, pois o número de escolas médicas no Brasil aumentou significativamente nas duas últimas décadas, e isto se reflete tanto na formação técnica quanto na formação humanística de nossos médicos, especialmente porque não há cursos que formem docentes para atuarem nessa área.

A proliferação de Faculdades de Medicina no Brasil mantém íntima relação com o tema a ser discutido nesta tese. As mais de 180 escolas médicas devem ser fiscalizadas para evitar que médicos se formem sem o perfil preconizado pelas Diretrizes Curriculares. As diretrizes apontam para a formação de um médico com perfil humanista e capacitado tecnicamente para resolver os sérios problemas de saúde da população brasileira, e, diante do acima exposto, existem sérios questionamentos sobre a qualidade do ensino médico, especialmente no que diz respeito à formação humanística.

Assim, esta breve revisão histórica do desenvolvimento e da implantação das escolas médicas no Brasil se fez necessária, pois conhecer o passado nos ajuda a entender o presente e, portanto, planejar o futuro. As dificuldades encontradas no início da implantação das instituições de Ensino Superior, especialmente as de ensino médico, e a recente proliferação de escolas médicas, permite entender por que é preciso mudar. Diante do aumento excessivo de escolas médicas, observa-se a necessidade de formação de docentes a fim de atender os alunos (as) que ingressam anualmente nessas instituições.

Portanto, é fundamental que as instituições de ensino médico comecem a formar seu corpo docente para que este tenha, além das qualidades técnicas, saberes didáticos pedagógicos e valores humanistas. Apresentada essas sucintas

considerações sobre a implantação do ensino médico e a expansão das escolas de medicina no Brasil passa-se a discutir sobre a questão das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina.

2.3 DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA E O ENSINO MÉDICO

A presente revisão visa à compreensão dos significados do conceito do egresso de medicina e como este se apresenta nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Porém, tem como segunda intenção apontar a para a necessidade de formação de docentes para o ensino médico que tenham o perfil preconizado pelas diretrizes. A elaboração destas diretrizes é resultado de um importante movimento de educadores da área da saúde que propuseram a formação de médicos com perfil humanístico, crítico e reflexivo.

Essas diretrizes, de acordo com a Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001, publicada no Diário Oficial da União, visam à formação de médicos competentes tecnicamente e com perfil humanista. As Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina “constituem orientações para a elaboração dos currículos que devem ser necessariamente adotadas por todas as instituições de Ensino Superior. Dentro da perspectiva de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos estudantes” (BRASIL, 2001, p.2).

É um documento que dá um norte às Escolas Médicas de todo o Brasil e enfatiza a necessidade para a formação de um médico com perfil humanista. Com a preocupação de assegurar a flexibilidade, a diversidade e a qualidade da formação oferecida aos alunos, as diretrizes estimulam o abandono das concepções antigas e herméticas das grades curriculares, modelo em que muitas vezes os professores atuam como meros instrumentos de transmissão de conhecimento e informações, e os alunos como receptores desses conhecimentos, o que é compatível com o modelo tradicional de ensino. Tal mudança tem por objetivo garantir uma sólida formação médica preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das

rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional (BRASIL, 2001).

Observando os princípios das Diretrizes Curriculares pode ser constatado quanto grande é o desafio. Entre os princípios podem ser citados: 1- Assegurar às instituições de Ensino Superior ampla liberdade na composição da carga horária a ser cumprida para a integralização dos currículos, assim como na especificação das unidades de estudo a serem ministradas; 2- Indicar os tópicos ou campos de estudo e demais experiências de ensino-aprendizagem que comporão os currículos, evitando, ao máximo, a fixação de conteúdos específicos com cargas horárias predeterminadas, as quais não poderão exceder 50% da carga horária total dos cursos. A Comissão da Câmara de Ensino Superior, baseada neste princípio, admite a definição de percentuais da carga horária para os estágios curriculares nas Diretrizes Curriculares da Saúde; 3- Evitar o prolongamento desnecessário da duração dos cursos de graduação; 4- Incentivar uma sólida formação geral, necessária para que o futuro graduado possa vir a superar os desafios de renovadas condições de exercício profissional e de produção do conhecimento, permitindo variados tipos de formação e habilitações diferenciadas em um mesmo programa; 5- Estimular práticas de estudo independente visando a uma progressiva autonomia intelectual e profissional; 6- Encorajar o reconhecimento de conhecimentos, habilidades e competências adquiridas fora do ambiente escolar, inclusive as que se referiram à experiência profissional julgada relevante para a área de formação considerada; 7- Fortalecer a articulação da teoria com a prática, valorizando a pesquisa individual e coletiva, assim como os estágios e a participação em atividades de extensão; 8- Incluir orientações para a conclusão de avaliações periódicas que utilizem instrumentos variados e sirvam para informar às instituições, aos docentes e aos discentes acerca do desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem; e 9- A formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, indicando as competências comuns gerais para esse perfil de formação contemporânea dentro de referenciais nacionais e internacionais de qualidade (BRASIL, 2001, p. 2 e 3).

É possível constatar a responsabilidade das instituições de ensino médico e especialmente a de seus docentes. Assegurar que todos estes princípios sejam

alcançados é obrigação das escolas médicas, mas isto só será possível quando os docentes estiverem cientes das suas responsabilidades e preparados didática e pedagogicamente para o desempenho de suas funções (DE ALMEIDA, 2007).

Entre os objetivos propostos pelas Diretrizes Curriculares citam-se: 1- permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referências nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade e 2- levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (BRASIL, 2001, p.4).

O currículo não é senão uma listagem de matérias/conteúdos na perspectiva da acumulação de informações, ou na perspectiva da disciplina intelectual exigida pelos métodos de investigação de cada ciência em particular, ambas as perspectivas igualmente colocadas acima e à parte do mundo da vida e das relações sociais, ético-políticas (MARQUES, 2003, p.67).

Tais objetivos pretendem atingir o perfil de um médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, promovendo a saúde integral do ser humano. Este médico deve ser um profissional: 1- que priorize a atenção à saúde; 2- que seja capaz de tomar decisões; 3- que seja capaz de comunicar-se com seus pacientes e seus pares; 4- que tenha um perfil de líder e conhecimentos de administração e gerenciamento de recursos humanos e materiais; e 5- que tenha gosto por estudar e aprimorar-se em processo de educação permanente (BRASIL, 2001).

Conforme orientam as Diretrizes Curriculares, o Curso de Medicina deve ser centrado no aluno, e o docente deve atuar de forma facilitadora e desafiadora. Esta orientação vai ao encontro dos preceitos de Carl Rogers e caracteriza uma significativa mudança na atuação dos docentes.

O Curso de Graduação em Medicina deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem. A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas (BRASIL, 2001, p. 13).

Para formar um egresso do Curso de Medicina com todas essas qualidades, as instituições de ensino devem se estruturar de forma a: 1- utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência; 2- incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; 3- promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; 4- inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional; 5- utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional; e 6- propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato (BRASIL, 2001, p.14).

No entanto, neste documento não há referência de como o docente do ensino médico deve se portar ou de como será formado este docente. A obra do docente é enorme, e os meios para realizá-la são ínfimos. Os docentes têm a incumbência de formar um médico com um perfil que, muitas vezes, está além da sua capacidade. As preocupações contidas nas Diretrizes Curriculares são pertinentes e relevantes, mas é fundamental que se diga que a formação de médicos com o perfil preconizado pelas diretrizes exige um docente com, no mínimo, o perfil desejado, ou seja, humanista, crítico, reflexivo e apto a atuar pautado em princípios éticos e morais. Portanto, faz-se necessário repensar a formação do professor de acordo com os objetivos desejados a serem alcançados pelas Diretrizes Curriculares. É necessário

superar o modelo de formação que considera o professor apenas como transmissor de conhecimentos e de conteúdos e que deve se preocupar com a formação de atitudes de obediência, de passividade e subordinação (GHEDIN, 2008).

Para Perrenoud (2002), a competência profissional nas profissões humanistas, especialmente na docência, esta relacionada à capacidade de gerenciar situações complexas, o que exige um nível bastante elevado de qualificação e autonomia. A formação de professores responsáveis e autônomos depende de sua capacidade de refletir *em e sobre* a prática docente. “A figura do profissional reflexivo está no cerne do exercício de uma profissão, pelo menos quando a consideramos sob o ângulo da especialização e da inteligência do trabalho” (PERRENOUD, 2002, p.13). O referido autor em seu livro “Dez competências para ensinar”, elegeu dez competências para que a atuação docente seja direcionada para educar para a cidadania. Entre as competências cita-se: 1- Organizar e dirigir situações de aprendizagem; 2- Administrar a progressão das aprendizagens; 3- Envolver os alunos em suas aprendizagens e em seu trabalho; 4- Trabalhar em equipe; 5- Utilizar novas tecnologias; 6- Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão; e 7- Administrar sua própria formação contínua (PERRENOUD, 2008). Esses passos são importantes para desenvolver os questionamentos e as estratégias adotadas pelos docentes, como ponto de partida na tentativa de ampliar as ideias e ultrapassar os obstáculos encontrados para o desenvolvimento de uma formação continuada.

Essas e outras qualidades precisam ser forjadas nas próprias instituições de ensino, e não deixadas à mercê do docente que ingressa na sua nova carreira. Enquanto os investimentos neste empreendimento não forem maximizados, todas as boas intenções serão coroadas com o insucesso. É fundamental que as instituições de ensino médico orientem parte de seus esforços para a formação de seus docentes, pois somente será possível reorientar a formação dos futuros médicos. Esses objetivos refletem a necessidade de serem formados docentes com habilidades e saberes que vão muito além de seus conhecimentos técnicos. Os docentes do ensino médico contratados unicamente pelo critério de sua formação técnica nem sempre atendem a essa necessidade, e as instituições de ensino devem refletir sobre a importância de formar seu corpo docente.

A intenção de formar médicos envolvidos socialmente e preparados técnica e humanisticamente só será bem sucedida se os docentes forem estimulados a atuar de forma humanística. Para formarmos docentes com tal perfil teremos que nos basear em autores que fizeram propostas de comportamento compatível com essa característica.

Entre os grandes educadores cita-se Carl Rogers como um dos eixos da educação humanista. Esse autor não propõe nenhum método didático pedagógico, mas aponta, há mais de cinco décadas, para a necessidade de uma mudança de perfil de atuação docente. Sua teoria é muito singela e orienta para uma transformação da sala de aula. Segundo ele, o professor não deve ser o centro do processo de ensino-aprendizagem e deve respeitar e tratar seus alunos com atenção. Tal comportamento serve a qualquer professor, inclusive do ensino médico.

Conforme Rogers assinala desde 1977, as instituições de formação de professores são na sua maioria, bastiões do tradicional e ressaltam somente a aprendizagem cognitiva (ROGERS e ROSEMBERG, 2008). No ensino médico a situação não é diferente, sendo que neste caso não há formação de docentes. Os docentes do ensino médico, na maioria das vezes se forjam na prática de sala de aula baseados em seus modelos de professores ideais e na base do erro e acerto. Enfatiza-se que o sucesso do médico não é medido pela sua situação econômica ou seu *status* social, e sim pelo grau de satisfação do seu paciente e pela sensação de ter feito o melhor pelo doente, mesmo que este não seja curado, pois aliviar o sofrimento e a dor (física, mental e espiritual) é o seu maior objetivo.

Então, se desejamos mudanças na prática médica, necessitamos de mudanças na formação do docente e uma prática docente alternativa ao modelo tradicional de ensino, baseada no respeito, no amor e na confiança. Nesse sentido, é interessante ressaltar o pensamento de Claxton (2005), para quem ser um bom profissional envolve mais que o domínio de habilidades específicas, demanda competência para aplicar criativa e adequadamente o próprio conhecimento e a própria experiência em situações variadas, como é peculiar na prática médica.

2.4 A QUESTÃO DO HUMANISMO NO ENSINO MÉDICO

Conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, a educação médica, além de qualificar o médico

tecnicamente, deve formar um profissional humanista em sua essência. Não são poucos os discursos que argumentam que uma formação humanista equilibra o ensino para além de uma formação tecnicista (GALLO, 2006). As suas orientações nos apontam para uma educação humanista em que o médico egresso deve ter comprometimento social e comportamento ético e moral ilibado (RICH, 1975). No entanto, tal perfil só será alcançado quando o educador médico tiver esse comportamento. De nada adianta falarmos sobre um médico humanista, reflexivo, crítico e comprometido socialmente se não tivermos um docente atuando com estas práticas. Deveria ser desnecessário falar sobre humanismo e humanização na educação, especialmente na educação médica, pois “[...] o ser humano é ao mesmo tempo biológico, psíquico, social, afetivo e racional” (MORIN, 1999, p.38). Na sua essência educar é uma atividade que requer íntima relação entre pessoas e por esse motivo a atuação do educador necessita ser permeada pelo humanismo. A educação é um processo de longo prazo e tem como um de seus objetivos “criar um novo humanismo e trabalhar para pô-lo em prática: eis o desafio maior que a educação para o século XXI deve impor” (PAPADOPOULOS, 2005, p. 34). Na área da educação, inclusive a educação médica, todos que atuam nela deveriam ser humanistas agindo sempre no sentido de construir uma sociedade justa e digna onde os seres humanos se respeitem e se tratem dignamente (ROCHA, 2006).

Observando esta questão Alves *et al.* (2009) realizaram um estudo na Universidade Federal do Rio Grande do Norte demonstrando a necessidade de implementar um eixo humanístico na estrutura curricular do Curso de Medicina. Visualizar o eixo humanístico na educação médica significa romper com a utilização de metodologias de ensino baseadas na mera transmissão de conteúdos conforme o modelo de ensino tradicional preconiza. Neste eixo, a relação aluno professor deve ir além do discurso e partir para as práticas humanistas. O docente, além de atuar como um modelo para o estudante através de suas atitudes, gestos e comportamentos, deve ter em mente que tais processos se repetirão no relacionamento do futuro médico com seus pacientes. Atitudes humanistas são imprescindíveis e o docente do ensino médico precisa ser orientado e formado observando estas qualidades.

Em outro artigo, Azevedo *et al.* (2009) refletem sobre as práticas pedagógicas de docentes do ensino médico. Constatam, através de sua pesquisa realizada na

Universidade Federal de Alagoas, que muitos estudantes percebem em seus docentes práticas que não privilegiam o humanismo na educação médica. Embora nos anos iniciais do curso as práticas pedagógicas humanizadoras sejam perceptíveis na formação médica, a humanização não é percebida. As condutas dos docentes observadas pelos estudantes se contradizem, pois no discurso há uma conduta e nas ações uma prática distinta, considerada por eles como desumanas.

Um estudante questiona “como podemos querer ensinar humanismo, praticando atos desumanos na escola”. Essa avaliação crítica do aluno nos faz pensar que ensinar a humanização das práticas médicas não tem levado a uma reflexão sobre nossas próprias práticas enquanto docentes. Existe uma preocupação da escola médica com o desenvolvimento de um processo de avaliação contínuo do corpo docente sobre suas práticas pedagógicas e o efeito delas sobre os estudantes? (AZEVEDO *et al*, 2009, p. 593).

Caregnato (2008) salienta a necessidade de um perfil humanista na atuação de médicos e enfermeiros. Na área da saúde, como na da educação, é fundamental que os profissionais sejam essencialmente humanistas, não apenas no discurso, mas também nas ações, pois o aluno se identifica com o docente quando este faz o que fala. Por isso, é necessário que o docente atue de forma condizente com o seu discurso humanista. Tal conduta discurso e ação coerente reflete-se diretamente na formação ético e moral do aluno e reproduz uma atuação humanista.

Já Branco (2008) aponta para a necessidade de refletir sobre a relação professor/aluno, especialmente no ensino no ambiente hospitalar. Na sua análise, Branco alerta para os problemas decorrentes da educação em um ambiente mórbido e ressalta o intenso sofrimento psíquico gerado pelos vínculos afetivos construídos na relação professor-aluno/paciente neste ambiente. Tal observação remete à necessidade de um processo de humanização no ensino médico, especialmente no ambiente hospitalar, onde a dor, o sofrimento e a morte fazem parte, inexoravelmente, desse contexto.

Ristow (2007), na sua dissertação sobre A Formação Humanística do Médico na Sociedade do Século XXI, considera essencial a formação humanística na Educação Médica e propõe a implantação de disciplinas de cunho humanístico na matriz curricular do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Tais

disciplinas devem permear todos os anos da educação médica, pois contribuem para o desenvolvimento de práticas humanistas no egresso do curso de medicina.

Komatsu (2002) propõe a humanização da prática médica através da educação médica. Para que esta proposta seja viável há a necessidade da integração dos sujeitos da educação médica, professor e aluno.

Cabe aos educadores não o centro de maior importância do desenvolvimento permanente da Educação Médica, nem resta aos educandos a periferia destas mudanças, pois ambos, docentes e discentes, necessitam engendrar esforços, reunir forças, afinar estratégias e oferecer suporte logístico para mover a enorme pedra que cerra o acesso das escolas médicas às inovações, reformas e transformações curriculares (KOMATSU, 2002, p.61).

São então os docentes, nas suas práticas pedagógicas, que terão que comportar-se de forma a serem exemplos vivos de humanismo, pois de nada adianta se o discurso não for coerente com as ações.

Conforme a orientação do Conselho Federal de Medicina, através da Resolução 664 de 1975, “a ética médica deve ser ensinada aos estudantes de Medicina ao longo de todo o seu curso médico” (CFM; 1975). Tal medida, quando adotada, reflete-se diretamente no comportamento dos alunos estabelecendo um perfil humanista à prática médica.

Siqueira e Eisele (2000), em seu artigo original, abordam os aspectos do ensino médico e a ética. Mais do que ensinar formalmente em disciplinas os valores éticos e morais, é preciso ter valores éticos e morais. O conhecimento das normas morais e legais não é suficiente e é fundamental que o comportamento ético do médico seja traduzido em ações e não em discursos. Os autores concluem, em seu artigo, que para atender às necessidades frente aos avanços do humanismo na ciência e atender às recomendações de entidades como a Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) e a Organização Panamericana da Saúde (OPAS), o ensino da ética médica deve sofrer transformações profundas em quantidade e qualidade. Defendem a ampliação da carga horária de disciplinas de ética e uma participação de profissionais de outras áreas, como filósofos, sociólogos, entre outros no ensino médico.

Torna-se imperioso, portanto, uma profunda mudança no modelo pedagógico vigente, tornando o ensino da ética eficiente para responder aos dilemas apresentados pela comunidade humana. A falta de sintonia entre as

disciplinas acadêmicas e a realidade social produzem graves distorções e uma formação profissional insatisfatória. Há que se buscar novos modelos de ensino, pois a sociedade assim o pede (SIQUEIRA e EISELE, 2000, p. 23-24).

Em outro estudo, Muñoz e Muñoz (2003), realizaram em 2001 um levantamento do ensino de ética nas 103 Faculdades de Medicina da época. Conforme o estudo revelou a ética era ensinada formalmente no currículo como disciplina independente em 37,7% das faculdades, e em 62,3% é ministrada em outra(s) disciplina(s) evidenciando, na maioria dos casos, que o ensino de ética está ligado à medicina legal. Puderam constatar também que, entre os métodos de ensino utilizados, na maioria das faculdades, para lecionar ética são desenvolvidas aulas magistrais, mesas-redondas, discussão de casos e apresentação de seminários. Conforme a análise dos docentes os objetivos mais importantes do ensino de ética foram: 1) formar profissionais mais humanos; 2) formar profissionais com postura ética compatível com elevados ideais da profissão; 3) ensinar as normas que regem a profissão médica.

Para tanto, o ensino de ética aliado a práticas pedagógicas humanizadoras contribuem para a formação de profissionais humanistas e deve permear todo o Curso de Medicina. Ressalta-se que, nas últimas três décadas, diversas ferramentas tecnológicas têm influenciado ações no campo educacional, especialmente nas práticas pedagógicas. Recursos de baixa a alta complexidade estão sendo usados nas salas de aula, teóricas e práticas, com a finalidade de auxiliar o professor a ministrar uma aula dinâmica, com informações corretas e atualizadas (GIL, 2006). Embora seja possível ensinar e aprender sem esses recursos tecnológicos, eles têm contribuído para melhorar as práticas pedagógicas nos diversos níveis da educação. O impacto advindo das inovações tecnológicas tem se estendido também ao ensino médico, onde, em especial, as tecnologias podem oferecer uma riqueza de ilustrações e de visualizações, incluindo a microscopia e imagens em movimento, a aplicação de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) na sala de aula. Tais recursos, à medida que subsidiam a ação docente contribuem para facilitar o processo de ensino/aprendizagem (MEDEIROS, 2002).

A incorporação das TICs aos diferentes âmbitos da atividade humana, e especialmente às atividades laboriais e formativas, vem contribuindo de maneira importante para reforçar essa tendência de projetar metodologias de trabalho e de ensino baseadas na cooperação (COLL, 2010, p.81).

Atualmente, além dos tradicionais quadro e giz, retroprojektor e projetor de slides, as principais ferramentas tecnológicas facilitadoras do ensino médico que dão suporte ao professor e aos alunos na sala de aula são: computadores, multimídia, internet, lousa interativa, teleconferência, vídeoconferência, softwares, manequins entre outros meios (NETO, 2006). No campo do ensino médico, a aplicação de TIC já se faz presente, constituindo, diante da perspectiva e abordagem de uma medicina humanística, elementos apoiadores na formação médica.

Dessa forma, as práticas pedagógicas fundamentadas no uso das TIC são meios para atender à necessidade de formar um médico com novo perfil. A intenção não é negar as significativas contribuições das ferramentas tecnológicas para os processos de ensino/aprendizagem, mas destacar que o uso dessas ferramentas se apresente incorporado aos valores essenciais do ser humano (GUIMARÃES, 2006). É importante lembrar que o professor comprometido com os seus alunos e com a sua aprendizagem jamais será substituído por qualquer nova ferramenta tecnológica, por melhor que ela seja.

Gonçalves (2001), em seu artigo original, faz referência à incorporação dos mais recentes progressos tecnológicos ao ensino médico. Tais recursos permitiram conquistas no terreno tanto diagnóstico quanto terapêutico, e é papel do docente ensiná-los aos alunos. Os recursos tecnológicos são ferramentas complementares que auxiliam no diagnóstico e tratamento e cabe ao docente ensinar, de forma crítica e judiciosa, como usá-los racionalmente e discriminadamente. O docente do ensino médico tem a tarefa de ensinar que a medicina está a serviço do homem e que todas as tecnologias disponíveis podem servi-lo.

Atribuir às ferramentas tecnológicas a culpa pela desumanização do ensino médico é simplificar o problema e não reconhecer que este é um processo multifatorial e muito mais dependente das pessoas do que das ferramentas de apoio didático (NETO, 2006). As aulas tradicionais e magistrais podem ser substituídas por processos interacionais mediados por tecnologias da informação e da comunicação, nos quais o professor como facilitador, seleciona, organiza e disponibiliza as informações. Essa conduta vai ao encontro da visão de Coll, pois segundo ele:

No médio prazo, parece inevitável que, diante dessa oferta de meios e recursos, o professorado abandone progressivamente o papel de transmissor de informação, substituindo-o pelos papéis de seletor e gestor dos recursos disponíveis, tutor e consultor no esclarecimento de dúvidas, orientador e guia na realização de projetos e mediador de debates e discussões (COLL, 2010, p.31).

Ao professor cabe, então, reconhecer o valor dos recursos tecnológicos e aplicá-los racionalmente e com sabedoria. Essa forma de atuar implica uma mudança na prática docente, pois este deixa de ser um transmissor de informação para ser um facilitador e mediador do aprendizado conforme preconiza Rogers (ROGERS, 1978). O professor que valoriza os domínios afetivos usando ferramentas tecnológicas tem a oportunidade de ensinar aos futuros médicos como se comportarem com humanidade diante de seus pacientes. "Tudo o que é humano comporta afetividade, inclusive a racionalidade" (MORIN, 2005, p.120). A presença de novos recursos técnicos facilitará o armazenamento e a gestão da informação, entretanto trata-se de "de enriquecer os processos de aprendizagem unindo-os ao novo contexto tecnológico, e não de fazer a mesma coisa que se fazia antes com meios mais sofisticados" (ZABALZA, 2004, p.173).

O médico que se forma é espelho de um professor que lhe ensinou durante anos. Se o professor atuar com respeito e atenção e for capaz de entender que os alunos serão os futuros médicos que agem com responsabilidade social observando seus pacientes no todo, estará ajudando a sociedade a ser mais justa. Uma sociedade que valoriza acima de tudo a vida e que respeita as diferenças. Professores que ensinam com emoção, amor e afeto terão então mais sucesso na arte de ensinar (MONTE-SERRAT, 2007).

É sempre bom lembrar o velho aforisma "[...] não existem doenças mudas e sim médicos surdos" e "pode se dizer que toda a educação médica conspira contra uma comunicação fácil entre o médico e seu paciente" (LUCCHESI, 2006, p.15). Nesse sentido, é interessante ressaltar o pensamento de Claxton (2005), para quem ser um bom profissional envolve mais que o domínio de habilidades específicas, demanda competência para aplicar criativa e adequadamente o próprio conhecimento e a própria experiência em situações variadas, como é peculiar na prática médica.

Fica então patente que os recursos tecnológicos são meios e não fins por si só e, conseqüentemente, é o docente na sala de aula que faz a diferença na

formação de um médico com perfil humanista. Não são os recursos tecnológicos que desumanizam o ensino médico e o médico que se forma, e sim as práticas docentes que não respeitam o aluno. Esses recursos, uma vez usados de forma racional e em momentos adequados, têm a finalidade de apoiar o professor a dar a sua aula e facilitar o processo de ensino/aprendizagem estimulando seus alunos (SANCHO, 2006).

Dessa forma, por mais promissoras que as TIC sejam, é relevante lembrar que seu emprego está diretamente vinculado às competências docentes. Nesse caso, compreender e utilizar as tecnologias da informação e da comunicação é uma condição fundamental para aquele professor que deseja introduzir eficazmente essas práticas no ensino médico. Usando os recursos tecnológicos, dos mais simples aos mais complexos, o professor pode instigar, estimular e desafiar seus alunos desempenhando um papel de líder e organizador (GIORDAN, 1999).

Portanto, ao apontar essa necessidade há o reconhecimento de que adotar as TIC em sala de aula requer a modificação na formação docente frente ao uso dessas ferramentas e aqui se estabelece um novo obstáculo, que deverá ser superado, com vistas a avançar no campo da educação médica no século XXI.

A educação é a base para a liberdade, a autonomia e o desenvolvimento da humanidade, e a tarefa de educar necessita ser permeada pela humanização (KOMATSU, 2002). No entanto, vive-se um momento ímpar, em que uma parcela significativa da sociedade dá mais valor aos bens materiais e estes se impõem sobre os espirituais. Nesse modelo mais vale o ter do que o ser. Com certeza encontramos num dos melhores momentos da história da humanidade onde o desenvolvimento científico e tecnológico gerou enormes benefícios aos que vivem neste século. Mas também nos encontramos no momento mais injusto da história da humanidade onde os poderosos podem usufruir de todos os benefícios disponibilizados enquanto os mais pobres, a maioria da população mundial, têm acesso a pouquíssimos recursos (IZQUIERDO, 2002).

Criou-se no século XX e XXI uma sociedade de consumo, individualista e egoísta que proclama que só vale a pena viver com o máximo de satisfação e prazer. Nessa sociedade há uma supervalorização do econômico e do ter em detrimento dos valores éticos, morais e espirituais, gerando o fortalecimento de uma ideologia de consumo, individualista e egocêntrica, onde o que mais vale é consumir

(SOBRINHO, 2005). Numa sociedade onde as pessoas agem objetivando os fins individuais, em detrimento do coletivo, o indivíduo se faz servidor de si próprio esquecendo-se de valores fundamentais para a convivência social (DURKEIM, 2008). “A vida é consumir e ter prazer” (JUNGES, 1999, p. 173). Assim, percebe-se, que o mercado, materializado nas *griffes* é o que vale e determina comportamentos dessa sociedade (VASCONCELOS, 1993). Neste processo de transformação, a sociedade em que vivemos passou a viver de acúmulos, inclusive de informações. Mais vale a cabeça cheia do que bem feita. Morin mostra o contrário e para ele “mais vale uma cabeça bem feita que bem cheia” (MORIN, 2002, p. 21). Considerando que cabeça bem cheia relaciona-se ao saber acumulado, empilhado e que não é hierarquizado ou priorizado.

Nesse contexto de transformações, a humanidade vive em pêndulo que ora pende para o lado sanguinário das guerras, ora pende para o lado da falta de valores (HOBSBAWAM, 2009). Atualmente vive-se no lado menos sanguinolento da história. No entanto, assume-se posição no lado do pêndulo em que os seres humanos vivem egoísta e individualmente, pensando mais no ter do que no ser. Contudo, a humanidade começa a dar-se conta de que nem todo este aparato tecnológico e de recursos a serem consumidos lhe criam benefícios e lhe fazem feliz (JUNGES, 1999). É importante ressaltar que esta crise de valores influencia todas as camadas sociais e de qualquer matiz ideológico e religioso. Consequentemente, médicos, professores e todos os componentes dessa sociedade são afetados por este modo *vivendis* e em muitos casos reproduzem este modelo de consumo, no consultório e hospital ou na sala de aula.

Erich Fromm, em sua grande obra humanística, especialmente em seu livro TER ou SER? (1980) alerta para a necessidade de uma mudança comportamental do ser humano. Ele afirma que vivemos em uma sociedade em que o modelo individualista, consumista e egoísta é preponderante. Conforme a minha opinião, um modelo baseado no poder, no dinheiro e na fama (modelo que denomino de PDF). Neste modo de viver acabamos nos deixando dominar por valores materialistas em detrimento dos valores espirituais e humanistas e, como consequência, valoriza-se mais o ter do que o ser. Como estamos inebriados pelo tecnicismo e pelo cientificismo, muitos acreditam que as máquinas e as novas tecnologias são a única solução para o desenvolvimento do ser humano. Os avanços científicos e

tecnológicos proporcionados pela ciência contribuíram para o distanciamento da visão holística da medicina, em favor de uma medicina segmentada, centrada na doença e nos aparelhos, e não no indivíduo. A falta de diálogo entre médico e paciente e a supervalorização da tecnologia dos exames complementares passou a ocultar informações importantes no campo biológico, psíquico-emocional, social e espiritual. Deixou-se de valorizar as angústias, as ansiedades e os medos dos pacientes em detrimento das especializações que estão mais preocupadas com a parte do que com o todo (FROMM, 1980; 1992).

Path Adams (1998), em seu livro *o Amor é Contagioso*, aponta para um comportamento médico baseado no amor, na compreensão, na solidariedade e na paixão. Tal perfil só poderá ser alcançado mediante uma mudança de paradigma no ensino médico. Os docentes que atuam nesse setor terão que rever seus valores e suas necessidades para poder estabelecer uma prática médica humanista. “Path também sugere que, às vezes, o tratamento mais eficaz é a esperança, o amor, o relaxamento e a simples alegria de viver” (ADAMS, 1999, p. 7).

O amor causa um enorme impacto na forma como as pessoas agem e sentem. Existem muitos tipos de amor e cada um deles tem o poder de contribuir para a nossa saúde, pois todos estão repletos dos melhores sentimentos (ADAMS, 1999, p. 25).

Diante dessa forma de agir, os docentes são obrigados a falar e a ensinar sobre humanismo nas escolas e nas universidades. Então, além da formação didático-pedagógica e dos conhecimentos técnicos, o professor deve ter em todas as suas práticas atitudes éticas e humanísticas. E não é uma questão de falar ou ensinar teorias humanistas. É uma questão de prática docente observada em todas as falas e atitudes diante dos alunos e pacientes. O professor do ensino médico é um referencial para seus alunos e suas condutas éticas são fundamentais para a formação de médicos humanistas e reflexivos. O professor, tratando com humanidade seus alunos e seus pacientes, serve de modelo para os jovens médicos. “Os modelos observados e internalizados pelo aluno no decorrer de atividades tanto práticas como teóricas podem, dessa forma, ter papel crucial em sua formação como ser ético” (MARCONDES, 1985, p. 44). “[...], eventuais sacrifícios na vida, não me seriam estranhos. Especialmente se eles fossem requeridos para o exercício de uma medicina humana” (BARUFFA, 2010)

A mudança de uma prática docente, centrada em sua figura, traduzida especialmente pelo método tradicional de ensino, que privilegia o docente em detrimento do aluno, precisa ser feita urgentemente. Para que as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina sejam coroadas de sucesso necessitamos de um docente com atitudes humanistas além de seus conhecimentos técnicos, e isso só será possível quando as instituições de ensino médico promoverem a formação de seus docentes sob essa ótica.

Tal mudança não é simples e fácil, mas é possível e factível. Para tal, além de formar docentes do ponto de vista técnico deve ser estimulado um docente com perfil humanista, baseado nos preceitos de Carl Rogers. Sua maneira de ver a educação permite que o professor atue de forma que ele não seja o centro do processo de ensino e de aprendizagem, respeitando o aluno e ajudando-o na construção de seus conhecimentos e na sua autonomia.

2.5 A FORMAÇÃO DE PROFESSORES PARA O ENSINO MÉDICO

O tema relacionado à formação de professores é fundamental e nevrálgico. Nos últimos anos, inúmeros trabalhos têm sido produzidos focando a necessidade da formação de docentes para as mais variadas áreas. Só no ano de 2002 foram produzidas no Brasil 502 teses e dissertações sobre a temática “formação de professores”, correspondendo a 25,3% dos trabalhos relacionados à área da educação nesse ano (DE ANDRÉ, 2006, p. 613). Considerando que vivemos em uma era de grandes transformações; os docentes são desafiados a se adaptarem às rápidas mudanças impostas pelo modelo de desenvolvimento atual (BECKER, 1993). Necessitamos de docentes bem formados do ponto de vista técnico, político, pedagógico e especialmente nos seus valores éticos, morais e humanistas. De acordo com Campos (2007, p. 9), “O sentido da docência encontra-se na humanidade: esculpindo no outro, pelo fazer humano, valores, personalidade e caráter, fazendo o outro sujeito de si”. A complexidade do exercício das profissões determina que a formação docente confira habilidades cognitivas e instrumentais, além de competências comunicativas ao educador (MARQUES, 2003).

Autores como Tardif demonstram o desafio da profissionalização da educação e a renovação dos fundamentos do ofício de docente, conferindo-lhe o estatuto de profissão. Autores do campo da formação de docentes afirmam que, para a construção de saberes docentes, o processo de desconstrução da experiência, ou seja, o decompor da história de vida permite identificar as mediações fundamentais para recompor uma ação educativa e profissional (MOROSINI E MOROSINI, 2006). Há, então, uma preocupação de que um corpo docente qualificado, motivado e devidamente estimulado faz a diferença na formação de profissionais para o século XXI (DELORS, 2005; PAPADOPOULOS, 2005).

...num contexto de reformas curriculares nas quais se questionava a formação de professores numa perspectiva técnica e a necessidade de se formar profissionais capazes de ensinar em situações singulares, instáveis, incertas, carregadas de conflitos e de dilemas, que caracteriza o ensino como prática social em contextos historicamente situados (PIMENTA, 2002, p. 21).

Importante é ressaltar que o papel do professor não se restringe à transmissão do conhecimento e vai muito além do ensinar. Sua função primordial é ajudar o aluno a aprender, criando as condições para que ele acesse as informações. Nesse contexto, o professor deve atuar como mediador, facilitador e desafiador na aprendizagem do aluno (MASETTO, 1987). É necessário transformar o ambiente de aula em um local de aprender a aprender e para tanto é preciso formar professores que atuem de forma diferenciada da educação tradicional (GALIAZZI, 2003). O professor deve dialogar com seus alunos incentivando-os na construção dos seus conhecimentos, e sua prática deve ter por objetivo ajudar o aluno a ser independente e autônomo ao invés de autômato.

Na educação não lidamos com coisas ou materiais: lidamos com pessoas, seres humanos que pensam, sentem e se emocionam. É necessário que o professor esteja ciente de que necessita ter pelo menos dois tipos de saberes: um saber moral e prático e um saber técnico-científico (TARDIF, 2003; TARDIF; LESSARD, 2005). O “saber ensinar” refere-se, portanto, a uma pluralidade de saberes.

Enquanto profissão a pedagogia deve tomar a medicina como ideal: a medicina baseia seus julgamentos nas ciências e sua ação é puramente técnica, visto que seu critério é o sucesso de suas operações (e não o bem

ou o mal, o que é bom e o que é ruim). Mas a medicina, tal como a ciência pedagógica, aliás, depara-se constantemente com situações que não são susceptíveis de passar por um julgamento científico. Nesses casos – que são numerosos – os profissionais devem orientar-se por uma ética do trabalho e, sobretudo, pautar por leis, normas, regulamentos e finalidades em vigor na sociedade e na instituição médica – ou pedagógica (TARDIF, 2003, p. 164).

Considerando o debate sobre quais os saberes necessários à formação e atuação de professores, Tardif (2003) propõe a articulação entre quatro categorias de saberes: 1- Saberes da formação profissional (Ciências da Educação, Conhecimentos Pedagógicos); 2- Saberes das disciplinas (Conhecimento científico específico para área de atuação); 3- Saberes curriculares (Saberes dos diferentes campos que a partir da transposição didática são objetivados nos currículos); e 4- Saberes da experiência (Saber fazer e saber ser, saberes fundados na prática docente). Para Tardif, esses saberes são plurais, heterogêneos, indo muito além dos conhecimentos técnicos e didático-pedagógicos, pois estamos falando de um corpo de profissionais que tiveram uma trajetória histórica distinta.

Por exemplo, alguns deles provêm da família do professor, da escola que o formou e de sua cultura pessoal; outros vêm das universidades ou das escolas normais; outros estão ligados à instituição (programas, regras, princípios pedagógicos, objetivos, finalidades, etc); outros, ainda, provêm dos pares, dos cursos de reciclagem, etc. Nesse sentido, o saber profissional está, de um certo modo, na confluência de vários saberes oriundos da sociedade, da instituição escolar, dos outros atores educacionais, das universidades, etc. (TARDIF, 2003, p. 19).

Tais conhecimentos se constituem, em muitos casos, de forma intuitiva e improvisada na experiência e na vivência da sala aula (CAMPOS, 2007). A docência reúne inúmeras qualidades que precisam ser desenvolvidas ao longo da prática docente e abrange os domínios cognitivo, afetivo e psicomotor. Significa que os professores necessitam adquirir tamanha carga de saberes que torna a profissão, no mínimo, de natureza diferente das demais.

Em suma, o saber dos professores é plural, compósito, heterogêneo, porque envolve, no próprio exercício do trabalho, conhecimentos e um saber-fazer bastante diversos, provenientes de fontes variadas e, provavelmente, de natureza diferente (TARDIF, 2003, p. 18).

Diante de tantas responsabilidades, o docente deve ter em mente que suas ações têm como objeto principal os alunos. Entre as necessidades dos docentes para estimular e instigar seus alunos podem ser citadas: 1- ter formação global; 2- ser estimulador de inteligências; 3- ser animador de aprendizagem; 4- ser capaz de ressignificar conteúdos; 5- ser fisioterapeuta mental entre outras (HENGEMÜHLE, 2007, p. 86). É importante também que o professor tenha a consciência do papel social que cumpre, pensando as melhores maneiras de adequar sua prática às necessidades pedagógicas da escola e às necessidades da população.

É mister superar ironias do nosso destino, como a de jogar no mercado um “professor” que não sabe dar aulas, um advogado que nunca conduziu um processo judicial, um contador que nunca fez as contas de uma empresa. Mais fundamental que a aplicabilidade científica é a conjugação necessária entre a teoria & prática, que aparece com força no reconhecimento de que fazer ciências sociais é prática histórica socialmente marcada. Não se estuda só para saber; estuda-se também para atuar (DEMO, 1996, p. 62.). (grifo do autor)

Ao referir sobre a formação de docentes nesta tese, busca-se a reflexão sobre o tema no ensino médico. A formação de professores para o ensino médico pode ser feita por educadores, formadores de professores, com saberes didático-pedagógicos e valores humanistas capazes de dar sustentação aos docentes que ingressam nessa carreira. Chama atenção a ausência de compreensão de professores e de instituições sobre a necessidade de preparação específica para exercer a docência. Assim, os docentes, mesmo estando cientes de sua função formativa, não consideram a necessidade de uma preparação específica para exercê-la. Como se o conhecimento específico desenvolvido nos anos de formação inicial e/ou ao longo da carreira e também o exercício profissional bastassem para assegurar um bom desempenho docente (ISAIA, 2006).

Diante desta realidade, quem educará os docentes do ensino médico para que se comportem dessa forma? A resposta a essa questão é fundamental para que o ensino médico seja capaz de formar um profissional capacitado tecnicamente e que pratique o ato médico como um humanista. Investir na formação do docente para o ensino médico não pode limitar-se a uma qualificação puramente técnica como se tem observado até o momento (SEVERINO, 2006). Observa-se que apesar do entendimento das Instituições de Ensino Superior (IES) de que os docentes são

os responsáveis pela formação de futuros profissionais, inclusive os médicos, a formação docente não tem sido incentivada nem pela maioria das IES nem pelas políticas voltadas para Educação Superior. Essa afirmação é confirmada por vários outros pesquisadores; entre eles, Morosini (2001), Zabalza (2004) e Masetto (2000 e 2001). Tal descaso pode ser comprovado pelo fato de os critérios de seleção e progressão funcional, adotados, estarem centrados principalmente na titulação e na produção científico-acadêmica, o que não garante uma educação de qualidade. Nas políticas institucionais e nos órgãos reguladores e ou de fomento como o MEC, a Capes e o CNPq não se encontram dispositivos que valorizem o aprimoramento da docência (ISAIA, 2006).

Nesse contexto, o ensino médico no Brasil tem sido discutido amplamente pelos médicos, docentes e sociedade em geral, pois se exigem cada vez mais médicos capazes tecnicamente e com valores éticos, morais e humanistas sólidos (WIERZCHAN, 2002). Os docentes do ensino médico lidam com jovens ávidos por adquirir conhecimentos técnicos, mas que necessitam de referenciais éticos, morais e humanistas e devem ter em mente que sua atuação tem uma abrangência que vai muito além das suas qualificações técnicas. Conhecimentos técnicos aliados a uma boa formação didático-pedagógica e, especialmente, a uma atuação humanista conferirão aos docentes condições para que possam imprimir na sua prática docente um caráter humanístico.

No ensino médico, de uma maneira geral, a docência é considerada uma profissão secundária para o médico que atua como docente, e seus conhecimentos didático-pedagógicos reproduzem os modelos sedimentados na sua formação familiar, escolar e universitária. A reprodução desses modelos, considerados válidos pelos docentes, restringe o desenvolvimento de um corpo docente. Normalmente os professores definem-se a partir de suas áreas de conhecimento (física, engenharia, medicina, geografia, etc.), centrando-se mais em suas especialidades; desse modo, desconsideram a função docente que está claramente vinculada à missão formativa da educação superior (ISAIA, 2006).

Na realidade, não há um corpo docente formado com o intuito de atuar na educação médica. A formação docente é amadorística e empírica, e o professor é um ser que se constrói na base de erros e acertos (COSTA, 2007). Frequentemente os estudos necessários à competência didático-pedagógica têm sido postergados

para a pós-graduação, especialmente em nível de mestrado e doutorado, nos quais se formam pesquisadores que nem sempre permanecem na prática docente (PINTO, 2004). O corpo docente de qualquer instituição de ensino médico é a base na qual se constrói a educação, sendo a sua formação e valorização fundamentais para que o médico egresso tenha um perfil humanista conforme recomendam as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (COSTA, 2007). No entanto, as instituições de ensino investem soma insignificantes para formar seu corpo docente e ainda não dão a devida atenção à formação dos professores.

Araujo *et al* (2011) realizaram uma revisão de artigos publicados em periódicos nacionais que abordam a formação de docentes em saúde. Foram selecionados 76 artigos publicados no Brasil, no período de 1997 a 2007. Os autores destacam a necessidade de formação e capacitação docente para superar as dificuldades para a construção de novos formatos de aprender e ensinar saúde. Salientam também a necessidade de formação docente continuada, especialmente na área didático-pedagógica. Fica evidente que a docência médica apresenta deficiências no domínio da área educacional e que esta realidade precisa ser modificada. Os referidos estudiosos ressaltam ainda a necessidade de projetos pedagógicos que contemplem o desenvolvimento docente para a formação que alie competências técnicas, científicas, éticas e políticas e concluem considerando a importância de delinear subsídios para a construção de um programa de formação docente em saúde.

A questão da formação do docente de medicina tem sido vista como um fator limitante à melhoria da qualidade no ensino. Com certa frequência, o docente que atua no ensino médico ingressa na carreira universitária sem passar por qualquer formação didático-pedagógica, e os docentes com bom desempenho referem-se a modelos de bons professores que tiveram em seus tempos de faculdade e que procuram reproduzir. O ensino médico atual requer um profissional que seja professor integrador, facilitador e desafiador, e esse profissional muitas vezes não é encontrado nas Faculdades de Medicina. É necessário um docente que seja capaz de “conversar” com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, com o objetivo integrar saberes (BRIANI, 2001). Professores que atuem com paixão e entusiasmo. Esses docentes devem ser formados pelas instituições de ensino

médico com uma orientação humanista, crítica e reflexiva, e sem viés ideológico ou partidário.

Há soluções para os principais problemas de nosso tempo, algumas delas até mesmo simples. Mas requerem uma mudança radical em nossas percepções, no nosso pensamento e nos nossos valores. ...O reconhecimento de que é necessária uma profunda mudança de percepção e de pensamento para garantir a nossa sobrevivência ainda não atingiu a maioria dos líderes das nossas corporações, nem os administradores e os professores das nossas grandes universidades (CAPRA, 2002, p 24,) (grifo do autor).

A formação educacional permanente dos docentes que atuam no ensino médico tem um papel fundamental para a mudança no modelo tradicional de ensino. A capacitação dos docentes precisa ser considerada uma tarefa urgente, necessitando de atenção especial pelos gerentes das instituições de ensino.

De acordo com Venturelli (2001, p. 8), “A identificação das necessidades de capacitação dos docentes deve levar ao planejamento de estratégias viáveis que conduzam à adesão dos mesmos e à produção do conhecimento”. Ainda na perspectiva dos autores, cabe ao docente identificar suas necessidades de capacitação e aos coordenadores das instituições de ensino facilitar o desenvolvimento docente. O docente deve estar preocupado com sua própria formação educacional de maneira permanente: o alto nível de qualificação que se espera dos docentes e os diversos cenários em que eles desempenham as suas atividades implicam o reconhecimento de que é insuficiente ter apenas experiência numa área do conhecimento médico/ tecnológico tradicional para ser docente. É preciso ter uma sólida aprendizagem educacional, que, ademais, precisa ser mantida e atualizada.

O Brasil ingressou no movimento inovador de educação em saúde: a capacitação docente é necessária para favorecer a evolução em educação, não havendo mais justificativas aceitáveis que a impeçam, nem para persistir numa educação baseada unicamente na repetição de fórmulas comprovadamente ultrapassadas. A capacitação de tutores, orientadores, consultores, preceptores e de outros docentes comprometidos com os novos modelos educacionais deve reconhecer que aprender é mais importante que ensinar, e que os estudantes devem ser ativos e guiados por problemas de saúde reais e prioritários (VENTURELLI, 2001, p. 7).

Para Canuto e Batista (2009), a docência médica é um processo de construção social, que articula condicionantes político-acadêmicos, pedagógicos e

peçoais. De acordo com o estudo que realizaram junto a 21 professores médicos que ingressaram nas últimas cinco décadas na Universidade Federal de Alagoas, são analisadas as concepções sobre o ensino, a aprendizagem e os processos de formação docente. Conforme o estudo, a formação dos docentes mostrou-se influenciada pelo autodidatismo, e a falta de sistematização de uma formação didático-pedagógica foi indicada pelos professores como uma lacuna em seus carreiras docentes. A formação docente em medicina apresentou-se como um processo que abrange múltiplas experiências e modelos, evidenciando que se tornar professor de medicina é complexo, plural e multifacetado. Durante as cinco décadas, os docentes acreditaram que manter um relacionamento interpessoal baseado no diálogo, no respeito e no compromisso é condição fundamental na formação médica. Entretanto, a modalidade de ensino tradicional, calcado na transmissão de informações, sobrepunha-se à construção do conhecimento pelo aluno, ficando esta em segundo plano.

O professor que atua no ensino médico convive com o excesso de informações, e sua formação é preferencialmente direcionada para os saberes técnicos. Ter um domínio rigoroso e seguro do saber referente à área de conhecimento de sua formação é algo que diz respeito a apenas uma das dimensões do trabalho docente – a dimensão técnica. Se não se consideram as outras dimensões – estética, política e ética – não se pode fazer referência a um trabalho competente do professor (RIOS, 2009).

Vale ressaltar que as Escolas Médicas, de uma maneira geral, não preparam os seus docentes para atuarem na sua nova profissão. A docência é considerada uma condição secundária, e o valor que é dado a ela é mínimo diverso a inúmeros fatores. Nesta era, a tecnologia ocupa lugar central, e os professores devem atuar combinando ciência e tecnologia a humanismo, uma tarefa que não é fácil (PEIXOTO, 2000).

Moré e Gordan (2004) preconizam que a boa formação didático-pedagógica do professor de medicina contribuiu decisivamente para a formação do futuro médico. Os autores realizaram um estudo exploratório por meio de questionário estruturado, com abordagem de domínios do processo educacional com a finalidade de avaliar a percepção dos médicos docentes do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá (PR) sobre suas dificuldades e necessidades nas

atividades educacionais. Os resultados revelaram que a maioria dos docentes desta instituição não tem treinamento formal em educação e que baseiam a sua prática docente em modelos de professor que conheceram e no bom senso. Esse procedimento pode ser suficiente, mas é passível de ser melhorado se houver capacitação para tais atividades. Como a maioria dos professores investigados não tem qualificação em teoria da educação, necessitam de formação nessa área.

Em outra revisão (ALMEIDA, 2011), observa-se que o professor é contratado para o ensino médico por ser um profundo conhecedor da área que terá de ensinar. Mas a análise aponta para o fato de que apenas isto não garante sua competência docente, motivo que contribui para a pouca qualificação pedagógica dos professores. Esses autores destacam que há uma necessidade de investimento institucional na formação de docentes para o ensino médico e enfatizam os aspectos pedagógicos nos programas de formação docente.

Komatsu (2002) aponta um novo papel para o docente do ensino médico. Este novo papel exigiria do professor: 1- assumir o ensino-aprendizagem como mediação: aprendizagem ativa do estudante com o auxílio pedagógico do professor; 2- transformar a escola das práticas multi e pluridisciplinares numa escola de práticas inter e transdisciplinares, integradas à vida cotidiana; 3- conhecer e aplicar estratégias e metodologias ativas de ensinar-aprender a pensar, ensinar-aprender a aprender, ensinar-aprender a cuidar, ensinar-aprender a avaliar; 4- perseverar no empenho de apoiar os estudantes a buscarem e alcançarem uma perspectiva crítica dos conteúdos (cambiantes) e das práticas, rumo à apreensão das realidades presentes e futuras, através de um exercício crítico-reflexivo sintonizado com as mudanças e os conflitos do mundo em que vivemos; aperfeiçoamento da linguagem, da comunicação verbal e não-verbal e da habilidade de mediar o trabalho em grupo, tornando-o não mais competitivo, mas produtivo e agradável; 5- assimilar – com olhar crítico – as novas tecnologias, adaptando-as às necessidades efetivamente verificadas; compreender o multiculturalismo, respeitando crenças, valores, diferenças, atitudes, limites e possibilidades individuais; 6- avaliar e auto-avaliar-se de maneira sistemática e formativa, sendo cuidadoso e criterioso no seu *feedback* aos estudantes e ao programa; e 7- integrar no exercício da docência-discência a dimensão afetiva (KOMATSU, 2002, p.57). Como desempenhar este papel se o educador não é educado para esta prática? Docentes formados com estes princípios

terão uma prática humanística em sala de aula? Essas questões não serão respondidas nesta tese; no entanto, brotam como inquietações que me afligem e incomodam.

Bolfer (2008) analisa aspectos fundamentais para a formação de docentes universitários e ressalta que o papel do professor passa pela facilitação e mediação da aprendizagem, devendo ir muito além da técnica. Tal papel reflete-se diretamente no aluno, que passa a ser sujeito responsável pela construção de seus conhecimentos, favorecendo a conquista de sua autonomia. Ao analisar a atuação de docentes enfatiza que a concepção sobre o conhecimento interfere sobremaneira na prática docente, ou seja, na sua metodologia de ensino-aprendizagem. Então, “para ensinar é preciso que os professores dominem os conhecimentos de sua área de atuação, articule-os aos saberes experienciais, curriculares, pedagógicos e pessoais e motivem os alunos, por meio de suas estratégias, para que a construção do conhecimento ocorra” (BOLFER, 2008, p. 210).

De Fátima *et al.* (2004), em seu artigo sobre a atuação de professores do Departamento de Radiologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, é referida a avaliação dos saberes que os docentes revelam possuir e a relação desses saberes com a sua formação adquirida fora da Universidade. Fica demonstrado que a insatisfação revelada por parte de alguns professores devia-se a sua insuficiente formação didático-pedagógica. Muitos professores ensinam o que sabem, como aprenderam com seus pais, seus mestres, seus colegas e seus pacientes. E o tempo de atuação que o docente tem dedicado à universidade é o que valoriza a sua prática pedagógica. “Eles ensinam Radiologia aos seus alunos e se orgulham por isso, entretanto algumas vezes sem perceberem claramente que o que fazem é ensinar, mesmo quando estão fora do ambiente formal de ensino”. Utilizando-se de metodologia própria, os docentes, ainda assim, dizem que não ensinam e que estão apenas prestando um serviço de assistência, quando na realidade, estão ensinando, só que fora da sala de aula. Os estilos de vida desses professores influenciam a mudança de seus comportamentos frente a situações encontradas no exercício do magistério, que muitas vezes são agravadas pelo fato de eles não terem uma formação pedagógica.

É consenso que a formação do docente para o ensino médico não é valorizada e que o amadorismo ainda prevalece nesse meio. A valorização das

competências técnicas em detrimento dos saberes didático-pedagógicos e do comportamento humanista do docente pode ser considerada uma das condições para que o ensino médico não tenha dado o salto de qualidade que o século XXI impõe. A adequação da formação e capacitação de recursos humanos, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos precisam constar entre as políticas das instituições de ensino médico. É possível constatar que a política de formação de docentes na maioria das Escolas Médicas não é privilegiada, e é evidente que as propostas de mudanças encontram resistências à sua implantação (BULCÃO, 2004). Deve-se considerar que também há uma resistência às mudanças necessárias por parte dos docentes para que se preparem para a carreira. Nessa linha de pensamento Costa (2007) salienta que a profissão de docente para o ensino médico exige conhecimentos específicos e habilidades que o seu exercício impõe, e muitos professores ainda não têm consciência desta realidade.

O reconhecimento por parte do docente de que o domínio desses saberes é essencial para que sua prática seja bem-sucedida é fundamental para que haja uma mudança na atuação do professor. Ainda segundo Costa (2007, p.23), “[...], os professores são profissionais não apenas porque sabem ou recebem um salário, mas principalmente porque o trabalho que executam exige vários conhecimentos e competências, e é de grande relevância social”. O professor do ensino médico deve estar comprometido com a educação médica, e espera-se dele um comportamento profissional. O docente é responsável pela integração entre a instituição de ensino e o aluno. Portanto, é com ele que o aluno mantém contato direto e estabelece os vínculos necessários para a construção de seus conhecimentos. O docente desempenha um papel fundamental no processo de ensino e de aprendizagem, especialmente quando estimula seus alunos na busca ativa do saber e quando adota um comportamento humanista na sua prática pedagógica (DOS SANTOS, 2002).

Então, o professor tem formalmente o compromisso pela educação médica, e espera-se a responsabilização desse profissional. O professor passa a ser considerado um facilitador da aprendizagem, quando ele não é mais aquele que transmite o conhecimento, e sim aquele que auxilia os alunos a aprender a viver como indivíduos em processo de transformação. O aluno é instado a buscar o seu próprio conhecimento, consciente de sua constante transformação. O professor é o

grande responsável pela ponte entre a macropolítica institucional e o microuniverso do estudante. Assim, é ele, em contato direto com o aluno, que deve estabelecer as negociações acerca da construção conjunta do processo de formação, incentivando a busca ativa do saber, estimulando comportamentos éticos e uma reflexão contínua sobre a sua prática como futuro médico. O educador precisa saber avaliar o andamento do educando, propondo correções de trajetória e oferecendo condições para isso.

Os esforços realizados para a formação de um médico com perfil humanista, crítico e reflexivo, e capacitado a atuar pautado em princípios éticos e morais são enormes. No entanto, pouco esforço é dedicado à formação de docentes que precisam ensinar os futuros médicos a se comportarem dessa forma. A formação docente com perfil humanista será determinante para que possamos formar médicos que estejam atentos às necessidades da sociedade e que se comportem humanamente diante de seus pacientes.

A educação médica tem uma importância na conformação de conceitos e de práticas dos médicos, e a formação de docentes é essencial para uma mudança de paradigma. A transformação das concepções pedagógicas e o papel das relações entre docentes e estudantes no processo de produção do ensino-aprendizagem são questões que devem ser enfatizadas nesta mudança. É um campo de produção de conhecimento, necessariamente inter/transdisciplinar, em que as relações entre filosofia, ciência, técnicas, tecnologias e práticas sociais são fundamentais. No entanto, a formação docente é pouco valorizada e estimulada. “Há teses e dissertações sobre o tema, mas há poucos programas de pós-graduação especificamente nesse campo. Há núcleos e pesquisas, mas poucas linhas de financiamento específicas” (FEUERWERKER, 2007, p. 4).

Portanto, a formação de docentes para o ensino médico não pode ser relegada a um segundo ou terceiro plano. Todo esforço e investimento dedicado à formação de docentes será observado uma ou duas décadas após, e os resultados serão profícuos se houver uma preocupação das instituições de Ensino Superior em criar as condições para que os docentes atuem de forma humanística como preconiza Carl Rogers.

2.5.1 FORMAÇÃO DOCENTE: UMA PREOCUPAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE

Com o objetivo de atender à necessidade de modificar o perfil do docente do ensino médico na FAMED da FURG, foi realizado em fevereiro de 2011 o I Seminário sobre Desenvolvimento Docente na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande. Em princípio não há um curso de formação para docentes do ensino médico da FAMED. o que motivou os autores a investir nesse projeto. Como a admissão de um professor em nossa Faculdade é baseada, especialmente, no seu conhecimento técnico, e em muitos casos não é valorizada a sua formação didático- pedagógica, os autores propuseram à Direção da FAMED à realização do Seminário, cujo objetivo principal foi discutir com os novos docentes os aspectos ligados ao processo ensino-aprendizagem e promover as estratégias para desenvolver a sua prática docente. O evento contou com o apoio da Direção da FAMED e da Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Ciências: Química da Vida e Saúde da FURG. A organização do seminário foi feita pelos professores Fernanda Antonilo Hammes de Carvalho, Hugo Cataud Pacheco Pereira, Obirajara Rodrigues (Coordenador do evento) e Tânia Maria Morais Vieira da Fonseca.

Em muitas instituições de Ensino Superior, os docentes, incluindo os do ensino médico, são contratados mais pelos seus saberes técnicos específicos do que pelas suas habilidades didático-pedagógicas (RIOS, 2009; GIL, 2006; MASETTO, 2003). Essa situação torna o professor, em muitos casos, um indivíduo inseguro e solitário, sem referencial teórico-prático na área didática pedagógica, tornando-se o único responsável pela construção de sua carreira. Tal fato pode comprometer a qualidade de sua atuação em sala de aula (MASETTO, 2006). A identificação de alguns desses problemas em nossa Instituição nos orientou para a necessidade de investir na qualificação de docentes do ensino médico e na implantação de um Plano de Gestão da Coordenação do Curso de Medicina que vise a um ajuste técnico cultural do Curso ao Projeto Político Pedagógico.

Muito se tem falado e escrito sobre a formação de um médico tecnicamente competente, humanista, crítico e reflexivo, mas para que se consiga atingir esse objetivo, é necessário investir na formação de docentes que atuam no ensino

médico. Esses docentes devem basear suas práticas de ensino no respeito e atenção aos seus alunos e na descentralização de suas figuras do processo de ensino-aprendizagem. Eles precisam atuar incentivando os alunos a serem ativos e responsáveis pela construção de seus conhecimentos, mediando e facilitando a aprendizagem, ao invés de atuarem como meros transmissores de informações. Esta maneira de atuação docente implica uma perda de poder, mas certamente tal mudança reverte positivamente tanto para os docentes como para os alunos (ZABALZA, 2004).

Ressalta-se que os professores persistem como referencial para seus alunos, que os imitam em suas práticas, e que a responsabilidade pela formação de um médico humanista com visão holística, pautado em princípios éticos recaí sobre os docentes. Para alcançarmos tal objetivo necessitamos de políticas institucionais que estimulem a formação de professores com este perfil.

O seminário teve como objetivo favorecer o desenvolvimento dos docentes da FAMED com a transformação das práticas educacionais, contribuindo dessa forma com a qualificação do docente. Foram objetivos específicos: 1- Promover discussões, reflexões e vivências que contribuam para a compreensão e a atualização docente; 2- Incentivar nas atividades pedagógicas o aprofundamento teórico e metodológico dos professores no binômio ensino-aprendizagem; 3- Implantar o Programa de Capacitação Docente em Educação em Ciências da Saúde; 4- Implantar o Programa de Educação Médica Continuada, através da oferta aos docentes de palestras, encontros e seminários nas diferentes áreas do conhecimento; e 5- Contribuir para a formação de um médico humanista, crítico e reflexivo conforme preconizam as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina.

O evento contou com quarenta horas de atividade e ocorreu no período de 21/2/2011 a 25/2/2011, sendo realizado no Anfiteatro do Campus da Saúde da FURG. O público alvo foram os vinte e quatro professores da FAMED contratados e que se encontram no estágio probatório. Professores e alunos do Programa de Pós-Graduação em Ciências: Química da Vida e Saúde ministraram dez palestras, e os temas propostos foram: Educação no Século XXI e o Perfil do Novo Médico; Concepção de Educação e de Aluno; Neurociências e Aprendizagem; Tecnologias no Ensino Médico; O Aluno como Auto-Organizador; Ensino Tradicional na Educação Médica; Práticas Pedagógicas; Capacitação e Formação Humana;

Planejamento de Aula e O Processo de Avaliação. Os temas propostos não tinham a pretensão de ensinar práticas didático-pedagógicas avançadas ou tradicionais, mas sim instigar os docentes a procurarem novas metodologias para aprimorarem sua prática.

Ao término do seminário foi aplicado um questionário sobre questões de ensino e de política pedagógicas, e somente dez participantes responderam. Concluiu-se que a formação de docentes para o ensino médico é determinante para que possamos formar um médico com perfil humanista, crítico e reflexivo e que a FAMED necessita investir neste projeto, que tem como objetivo de longo prazo formar professores humanistas com competências didático-pedagógicas.

Essas são algumas razões para que os programas de formação docente sejam permanentes. É necessário que os gerentes das instituições de ensino ofereçam o apoio necessário para que eles aconteçam de forma sistemática e sejam parte também dos fatores a considerar na promoção acadêmica dos docentes (VENTURELLI, 2001).

2.6 MODELO DE ENSINO TRADICIONAL

Educar não é uma tarefa fácil, e talvez por esse motivo existam tantas teorias e métodos de ensino. Não significa simplesmente transmitir conhecimentos, indo muito além deste objetivo. A educação deve promover um arcabouço de representações da sociedade e do ser humano que se quer formar e é através dela que as novas gerações adquirem os valores culturais e reproduzem ou transformam os códigos sociais de uma determinada sociedade (PEREIRA, 2003). Para alcançar esse objetivo os docentes se apropriam de conhecimentos que os auxiliam na sua prática e que facilitam a arte de ensinar.

Entre os métodos pedagógicos mais criticados na prática educativa atual figura o modelo pedagógico tradicional ou modelo de ensino tradicional. O ensino tradicional está enraizado na sociedade desde a Idade Antiga e influenciou a prática educacional durante séculos. O século XX e o início deste século nos apontam para um esgotamento desse modelo, que, apesar de estar em declínio, sobrevive e sobreviverá como modelo de ensino uma vez que também tem aspectos positivos

que contribuem para o aprendizado (GADOTTI, 2000; GALIAZZI, 2003). A educação médica também adota o modelo tradicional de ensino e aquelas instituições que utilizam esse modelo encontram-se diante da necessidade de uma mudança de paradigma, pois a sociedade mudou, e não cabe mais uma atuação centralizadora do docente com um aluno passivo.

No modelo de ensino tradicional, o processo de ensino e aprendizagem é centrado no professor, que atua como uma autoridade máxima sendo considerado o maior responsável por conduzir este processo (PEREIRA, 2003). É caracterizado por um docente que transmite informações através de aulas expositivas muitas vezes sem uma preocupação em relacioná-las à prática (GIL, 2006). Vale lembrar a ideia de que não se deve ter a visão empobrecida de que o professor é um mero ministrador de aulas e repassador de conhecimento alheio aos alunos (DEMO, 1996).

O ensino tradicional é um modelo mecanizado em que o professor tem a tarefa de controlar os alunos e transmitir-lhes seus conhecimentos dando ênfase aos conteúdos curriculares e à repetição da informação transmitida (MASETTO, 1987; HENGEMÜHLE, 2007). Em muitos casos o controle é baseado no autoritarismo e não na autoridade do professor. Ressalta-se que a autoridade do professor reside no respeito que ele é capaz de passar a seus alunos, sem coerção ou imposição. A autoridade está relacionada à sua missão básica, bem como à sua personalidade, ao seu carisma pessoal e à sua autenticidade (TARDIF e LESSARD, 2008).

No modelo tradicional de ensino é mínima a preocupação em criar condições nos alunos para que eles sejam os grandes responsáveis pela construção de seus saberes e tornem-se autônomos e independentes de seus mestres. Na educação médica o aluno não pode ser um mero espectador e não deve se perceber como médico nos últimos anos do curso (WIERZCHAN, 2002; GALIAZZI, 2003). Durante anos não é incentivada a participação dos alunos, nem permitido que estes se expusessem através de suas opiniões e posicionamentos. Trata-se de um modelo baseado em uma atitude passiva dos alunos. Quando o foco é apenas o ensino, o professor assume a centralidade das ações: “é ele quem transmite, quem comunica, quem orienta, quem instrui, quem mostra, quem dá a última palavra, quem avalia, quem dá a nota” (MASETTO, 2003, p. 81). O aluno, por sua vez, é um mero receptor de informações selecionadas previamente pelo professor, sem possibilidade de

questionamentos ou reelaboraões. Nesse contexto, caso o aluno não consiga atingir os objetivos desejados, ele deve receber mais e mais conteúdos e, após uma avaliação, se persistir com notas insatisfatórias, é classificado como incapaz de aprender (PORTO, 2008). A verdade é que os alunos devem se surpreender com o que seu professor fala, faz e propõe. De outra forma, o modelo tradicional só reproduz a apatia e o tédio, constituindo-se em “um convite a não-aprendizagem, ao não-conhecer e ao não-saber” (GALIAZZI, 2008, p. 73).

O ensino tradicional, que ocorre tanto na aula teórica quanto na prática, terá que ser mudado, pois exclui a participação dos alunos no processo de ensino e aprendizagem (DE FARIAS, 2009). Na aula teórica ele é previsível e aceitável uma vez que os conteúdos a serem ensinados a grandes turmas necessitam de aulas expositivas dadas por professores detentores do saber técnico em questão. Essas aulas persistirão sendo dadas no modelo tradicional, mas com mudanças que permitam uma interação entre os alunos e seus professores. Já as aulas práticas não podem ser dadas no modelo tradicional, pois não possibilitam a participação dos alunos, prejudicando assim a possibilidade de pensarem, exporem-se e serem os principais responsáveis pela construção de seus conhecimentos. Os alunos não podem permanecer calados e passivos durante todo o tempo sem participar de uma atividade prática de ensino.

Nesta tendência pedagógica, as ações de ensino estão centradas na exposição dos conhecimentos pelo professor. O professor assume funções como vigiar e aconselhar os alunos, corrigir e ensinar a matéria. É visto como a autoridade máxima, um organizador dos conteúdos e estratégias de ensino e, portanto, o único responsável e condutor do processo educativo (PEREIRA, 2003, p. 2).

No modelo tradicional, inclusive no ensino médico, o aluno é induzido a memorizar os conteúdos passivamente, sem questionar as fontes de onde as informações são oriundas e muito menos quem as repassa (VASCONCELOS, 1992). A concepção do conhecimento como transmissão - não como construção - vem, coerentemente, acompanhada do apelo do reforço, e o reforço feito através da repetição é que garantirá a aprendizagem conforme acreditam os docentes que atuam neste modelo (BECKER, 1993; 2001). O maior estímulo para os alunos é memorizar os conteúdos que são transmitidos, passar de ano, e assim que conseguem fazê-lo, esquecer o que lhes foi ensinado. Ano após ano vão passando

sem aprender, pois não conseguem ver significado nos conteúdos que lhes foram ministrados.

É evidente, então, que o modelo de ensino centrado no professor tende a valorizar as relações hierárquicas, privilegiando a transmissão do conhecimento e anulando a capacidade criativa do aluno. Como neste modelo o aluno é considerado tábua rasa, só a transmissão pode salvá-lo da ignorância. “O papel do professor é o de transmitir o conhecimento e o do aluno o de receber esta transmissão” (BECKER, 1993, p 145,).

Araujo *et al.* (2011), em sua revisão sobre artigos que abordam a formação de docentes em saúde, ressaltam a necessidade de mudança do modelo tradicional de ensino na área da saúde. Os dados analisados permitem observar a denúncia quanto ao esgotamento do modelo tradicional de educação, no qual a aprendizagem se dá na assimilação e retenção de conteúdos, transmitidos em situações preestabelecidas. Doze artigos revisados avaliam a prática docente sob a ótica tradicional, caracterizada pela centralização no conhecimento docente e na transmissão de informações, pouco valorizando a interação com o aluno.

Vieira *et al* realizaram um estudo na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e constataram que o método predominante do Curso de Medicina era o de ensino tradicional, baseado em aulas expositivas. Embora algumas disciplinas adotem metodologias inovadoras, a metodologia tradicional aplicada por especialistas era a que predominava em quase todo o curso. “As propostas de mudança no ensino médico têm convivido, no novo currículo da FMUSP, com o tradicional” (VIEIRA, 2003, p. 96).

Este modelo consagrado que sofreu diversas transformações ao longo de sua existência e que, paradoxalmente, continua resistindo ao tempo, vem sendo questionado sobre sua adequação aos padrões de ensino exigidos pela atualidade, desde meados do século XX (LEÃO, 1999). Fica patente que o modelo tradicional de ensino na educação médica precisa mudar para que possamos ensinar no século XXI com resultados melhores. Mas não é o modelo tradicional que está em questão, é sim o professor que atua no ensino médico.

Qualquer método aplicado por professores centralizadores, que não respeitam seus alunos e que os mantenham passivos não será coroado de sucesso. Acima de tudo precisamos formar professores com práticas pedagógicas que

permitam uma maior interação com os alunos e que propiciem uma maior e efetiva participação dos mesmos no processo de ensino e aprendizagem (DA SILVA, 2007). A aprendizagem é dependente exclusivamente dos alunos, e cabe aos professores serem desafiadores, facilitadores, mediadores e estimuladores para que os alunos aprendam aquilo que for realmente relevante e significativo. Para tal, precisaremos formar professores que possam atuar em qualquer modelo sem se sentirem frustrados por terem perdido o seu poder na sala de aula.

Entre os autores que questionam o modelo tradicional de educação cita-se o mestre Paulo Freire. Este educador nasceu em Pernambuco em 1921 e faleceu em 1997. Foi um dos grandes pedagogos do século passado e é respeitado mundialmente até hoje. Sua obra foi traduzida em inúmeras línguas e é referência para educadores de diversos matizes. Embora suas ideias tenham sido objeto das mais diversas críticas, é inegável a sua grande contribuição em favor da educação, especialmente na crítica à “educação domesticadora” (BRANDÃO, 2001).

Em sua obra ele alerta para a necessidade de uma mudança no perfil dos docentes, e inclusive dos que atuam no ensino médico. Conforme seus estudos, a tarefa docente não pode se restringir à transmissão de conteúdos, pois o grande papel do professor é ensinar o aluno a pensar. O aluno precisa ser desafiado, instigado e estimulado a ser curioso, crítico e autônomo. O preparo científico do professor precisa coincidir com sua retidão ética, e suas aulas devem trazer os alunos até a intimidade do movimento de seu pensamento. Sua aula é assim um desafio e não uma “cantiga de ninar” (FREIRE, 2010, p. 86). Na concepção bancária de educação, Freire demonstra o quão passivo o aluno se torna diante do educador. Professores preocupados somente com a transmissão de conteúdos não são capazes de desafiar e estimular seus alunos a construir seus conhecimentos, transformando-os em recipientes para o depósito de seus saberes. Nessa modalidade de ensinar, compatível com o modelo tradicional de ensino, os alunos não têm consciência de suas responsabilidades e não são desafiados a pensar e a questionar. Ao invés de autônomo o educando é um autômato, incapaz de pensar e tomar decisões.

Freire insiste que a educação é a forma de libertar um povo do jugo dos poderosos. É através dela que seremos capazes de alcançar a autonomia e a responsabilidade, escapando do assistencialismo e do populismo.

Criam instituições assistenciais, que alongam em assistencialistas. E, em nome da liberdade “ameaçada”, repelem a participação do povo. Defendem uma democracia *sui generis* em que o povo é um enfermo, a quem se aplicam remédios. E sua enfermidade esta precisamente em ter voz e participação. Toda vez que tente expressar-se livremente e pretenda participar é sinal de que continua enfermo, necessitando, assim de mais “remédio”. A saúde, para esta estranha democracia, está no silêncio e na quietude (FREIRE, 1985, p. 55).

Tal pensamento se reproduz na sala de aula especialmente quando adotamos o modelo tradicional de ensino. Na educação médica não é diferente, pois, quando centralizamos o processo de ensino e aprendizagem no professor, estamos impedindo a participação dos alunos na construção de seus conhecimentos. A questão para Freire é saber o que ensinar e como ensinar, e para tal é necessário um docente comprometido com os alunos, que seja capaz de ensinar sem se considerar o centro do processo de ensino e aprendizagem (FREIRE, 2004). Em relação a isso é preciso destacar a sua concepção que já dizia sermos seres *inconclusos*, que à nossa aprendizagem sempre há coisas para acrescentar. Assim, os professores precisam abrir caminhos para que, junto com seus pares e seus alunos, façam a leitura de mundo, revelando a inteligência do mundo que está cultural e socialmente se constituindo. É fundamental realmente estar no mundo, pois:

Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer cultura, sem tratar sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem ideias de formação, sem politizar não é possível. É na inconclusão do ser, que se sabe como tal, que se funda a educação como processo permanente (FREIRE, 2010, p. 64).

Também contrariando a orientação do modelo tradicional, o psicólogo Carl Rogers alerta em sua obra para a necessidade de uma mudança de comportamento docente. Esse autor foi um crítico do modelo tradicional de ensino, pois este é centrado no professor e não incentiva o aluno a construir os seus saberes (ROGERS e ROSEMBERG, 2008). Entre as características do modelo tradicional apontadas por ele, são citadas e comentadas: 1- *O professor é possuidor do conhecimento, o*

aluno suposto recipiente. O professor é o perito. Conhece o seu campo. O estudante senta-se, lápis e caderno prontos, aguardando as palavras de sabedoria. Rogers, como Freire, é enfático na necessidade de mudar o modelo tradicional de ensino baseado na transmissão dos conhecimentos pelo professor e no silêncio do aluno.

Considerar o aluno como tábua rasa é fundamental para que o ensino tradicional se perpetue, e esse conceito necessita mudar para que se possa modificar o modelo centrado no professor. O ideal é que aluno e professor cooperem e trabalhem juntos na construção do conhecimento evitando a centralização num ou noutro. São sujeitos que interagem e influenciam um ao outro, e por este motivo não é cabível a centralização em qualquer ator do processo de ensino e de aprendizagem;

2- *A aula, ou meio de instrução verbal, é a forma principal de colocar o conhecimento no recipiente.* Professores que atuam no modelo tradicional ministram suas aulas de forma expositiva sem permitir que o aluno participe do processo de ensino e aprendizagem. Rogers nos aponta este tipo de aula como um instrumento que mantém o aluno passivo e pouco participativo. Sua aplicação em uma aula teórica é cabível, especialmente em grandes turmas. Mesmo assim, podem ser usados métodos que permitam a participação dos alunos durante estas aulas. No entanto, nas aulas práticas esta metodologia deve ser eliminada, pois impede a participação e o desenvolvimento do aluno. O modelo tradicional aplicado em uma aula prática não estimula ou desafia o aluno a posicionar-se e a ser o grande responsável pela construção de seus conhecimentos. A aula prática precisa ser um momento em que o aluno tem a oportunidade de participar e desenvolver habilidades. No modelo tradicional não há espaço para o aluno ser ativo, pois só o professor fala e ensina e o aluno calado é obrigado a ser passivo;

3- *O professor é possuído do poder, o estudante aquele que obedece. O controle é sempre exercido para baixo;*

4- *A figura de autoridade, o professor, é de fato a figura central no ensino. Ele pode ser profundamente admirado ou desprezado como fonte de conhecimento, mas o professor é sempre o centro;*

5- *O grau de confiança é mínimo. Mais evidente é a desconfiança do professor em relação ao estudante;*

6- *Os sujeitos (estudantes) são mais bem governados se mantidos num estado intermitente ou constante de medo. Este estado de medo parece-me crescer à medida que galgamos a escada acadêmica, pois o estudante tem mais a perder;*

7- *A democracia e seus valores são tratados na prática com descaso e escárnio;*

8- *No*

sistema educacional, há lugar apenas para o intelecto, não para a pessoa como um todo (ROGERS , 1980, p. 93,).

Vale lembrar que tanto Rogers quanto Paulo Freire apresentam como motivo principal, tanto de suas ideias, quanto de suas propostas de trabalho, a busca plena de liberdade para as pessoas através da conscientização histórica e social (CAMPOS, 2003). Ambos enfatizam a necessidade de mudar a relação de poder na sala de aula. Não é possível ensinar impondo de forma autoritária o conhecimento. Descentrando o processo de ensino e aprendizagem do professor haverá uma mudança na relação de poder. Para tal, é necessário que o perfil do professor seja de facilitador e mediador da aprendizagem atuando desafiando e estimulando o aluno durante todo o processo. Inicialmente, a perda de poder poderá ser sentida como algo ruim, mas com o passar do tempo o docente perceberá que o poder na sala de aula necessita ser partilhado com os alunos e que dessa forma sua autoridade aumentará ao invés de declinar como imaginam muitos.

Esses autores estão preocupados em transformar a educação em um modelo descentrado da figura docente, que permita ao aluno autonomia e independência para a construção do conhecimento. Freire aborda essa temática em toda a sua obra e, como educador e formador de educadores, ele não admite um aluno passivo e um professor centralizador, pois este modo de atuação implica uma dependência do aluno, que se torna incapaz de aprender a aprender. Rogers foi menos enfático em suas posições, mas também procurou nos mostrar que um aluno que não participa do processo de ensino e aprendizagem tem uma menor chance de sucesso na construção de seus conhecimentos. A interlocução desses autores se faz na mudança do perfil de docente: um professor que não deve ser centralizador e que tem por objetivo a formação de um cidadão consciente e autônomo.

A mudança referida implica uma perda relativa de poder por parte do professor, mas um grande ganho para todos na sala de aula. Rogers e Freire escrevem para professores de uma forma geral e não direcionam seus ensinamentos para nenhuma área específica. No ensino médico, o docente que pauta suas práticas pedagógicas nos preceitos de ambos oportunizará aos seus alunos uma nova forma de ver o processo de ensino e aprendizagem. Investir na formação de docentes com os princípios preconizados pelos citados autores é oportunizar a formação de médicos com um perfil crítico, reflexivo e humanista.

Assim, o processo educacional reveste-se de numerosos desafios para todos aqueles envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Pedagogos e psicopedagogos que estudam as questões educacionais repetem incansavelmente as seguintes palavras de ordem: ensinar e aprender, aprender a aprender, aprender a ensinar. Essas são palavras de ordem que têm como objetivo apontar caminhos para a melhoria da prática pedagógica em todos os níveis de ensino. Então, como não podia ser diferente, exige-se para o ensino médico um docente com um novo perfil. Um perfil que passa, necessariamente, pela formação científica do professor na sua área de conhecimento no nível de mestrado e doutorado. Este perfil que contempla, preferencialmente, os conhecimentos técnicos não pode prescindir da formação humanística e das competências didático-pedagógicas. As grandes transformações ocorridas no mundo, especialmente nas últimas três décadas, nos obrigam a rever o comportamento docente, pois se desejamos formar médicos críticos, reflexivos e humanistas, conforme preconizam as Diretrizes Curriculares, necessitamos de docentes que ensinem e atuem com este objetivo.

Ao considerar as transformações ocorridas na educação médica, a prática docente baseada nos preceitos de Carl Rogers contribui para um processo educativo diferenciado. Assim, o entendimento de sua teoria assume um importante papel na formação do professor, uma vez que lhe possibilita uma maior consciência sobre a complexidade dos fatores e das situações que abrangem o ensino e a aprendizagem. As diferentes teorias na área da educação oferecem subsídios para que o professor deste século possa analisar, avaliar e compreender as necessidades e interesses de seus alunos, tornando-se capaz orientá-los a desenvolver suas potencialidades. A revisão de sua obra, cuja vertente relacionada à educação é direcionada à pessoa, leva-nos a tratar o aluno como centro da aprendizagem. Essa orientação permite que o docente atue facilitando e mediando a aprendizagem de seus alunos sem comprometer a sua própria autonomia.

Então, são necessários docentes capacitados que sirvam como exemplo e modelo de atuação para que os futuros médicos exerçam seu ofício de forma humanística e com excelente qualificação técnica. Professores que desenvolvam suas aulas de forma apaixonada e estimulante e que consigam promover mudanças significativas na vida de seus alunos. Aulas dadas com emoção estimulando a participação dos alunos prendem mais a atenção e permitem uma aprendizagem

melhor (DE ALMEIDA, 2006). Assim, o modelo tradicional em que o docente fica falando e “ensinando”, e o aluno permanece calado e “aprendendo”, está em questão.

A visão da educação centrada no professor necessita cambiar urgentemente para o modelo educacional onde o aluno é um ser ativo, coparticipante e responsável pelo seu aprendizado (FONSECA, 1998). É sabido que o modelo de ensino tradicional não permite que os alunos se desenvolvam plenamente e que construam o seu conhecimento, pois os obriga a permanecerem em silêncio durante a aula, sem participarem ou interagirem entre si e com seus professores. A proposta de mudar o foco do processo de ensino-aprendizagem para o aluno é antiga, e muitos educadores nos apresentam esta alternativa como ideal. Rogers é um dos autores que enfatizam o modelo centrado no aluno, tornando a aula mais atrativa e participativa, o que possibilita um melhor aprendizado. Essa mudança humaniza a relação entre professores e alunos, pois é baseada na compreensão, na participação, no diálogo e na emoção.

Médicos formados num modelo descentrado da figura do professor tenderão a ser profissionais críticos e reflexivos e serão os grandes responsáveis pela construção dos seus saberes. Formar médicos sensíveis ao sofrimento alheio e que têm por objetivo primordial ajudar seus pacientes a sofrerem menos dando-lhes qualidade e dignidade a suas vidas é papel fundamental das Escolas Médicas. Médicos que atuem com solidariedade e compaixão pelo próximo. Para tal necessitamos de professores que atuem, na formação de médicos, com amor, atenção e carinho por seus pacientes e seus alunos Docentes que possibilitem a formação de profissionais responsáveis socialmente, apaixonados por sua profissão e dedicados a seus semelhantes, verdadeiros humanistas.

Um professor mediador, facilitador e desafiador traz, intrinsecamente em sua atuação, o diálogo e o comprometimento com o aluno. Um diálogo permanente que permite a oposição de ideias e estabelece comunicação efetiva. Um comprometimento com sua responsabilidade de educador, de formador, que não se exime “de sua tarefa de organizador dos trabalhos a serem desenvolvidos em sala de aula, deixando tal tarefa ao sabor da própria turma” (VASCONCELOS, 2005, p. 65).

Ao atuar dessa forma, o docente, através de seus aspectos pessoais e profissionais, marca a trajetória escolar de seus alunos, independentemente do nível educacional em que se encontre, caracterizando-se como um professor marcante. Castanho (2001) afirma que professor marcante é aquele que se torna uma presença importante na vida e na memória de seus alunos. Destaca que num professor marcante, as dimensões pessoal e profissional se entrelaçam num todo indivisível, responsável por uma postura admirável como professor. São características de professores marcantes: a capacidade de ensinar bem, de variar procedimentos de ensino, de planejar suas aulas, de aliar características cognitivas e afetivas e de articular posições políticas claras.

Outro aspecto a ser considerado em um professor universitário é que ele desempenha um papel de formador cultural e de opiniões. Para além da formação profissional, é preciso pensar na docência universitária a partir de uma dimensão mais ampla e, não apenas do ponto de vista funcionalista-tecnicista, ou seja, formar apenas para o mercado de trabalho. Nós formamos pessoas a partir de concepções, de valores, de crenças, de representações que estão implícitos/explicitadamente na nossa postura profissional/pessoal. Nossas concepções éticas e estéticas são conteúdos formativos, e, por isso, o professor universitário precisa se pensar em processo de desenvolvimento contínuo, não se satisfazendo com a titulação na carreira docente. A concepção de formação cultural precisa ser reconstruída/(re)significada num país onde precisamos pensar na produção de um conhecimento prudente para uma vida honesta. A expressão “conhecimento prudente para uma vida decente” é de Boaventura de Souza Santos (2000) quando defende a ideia de conhecimento cientificamente produzido deve voltar-se para as pessoas, a sociedade, de forma a produzir nessa uma vida melhor, um novo senso comum.

Essa mudança de paradigma do ensino para a aprendizagem passa a exigir do professor capacitação própria e específica: formação acadêmica sólida, experiência profissional e competência pedagógica, além de um perfil humanista que lhe propicie uma interação com o aluno (GALIAZZI, 2008).

É esse conjunto de fatores que possibilitam ao professor desenvolver habilidades fundamentais para o exercício profissional. Cunha (2004) constata algumas habilidades de um bom professor: explicitar para os alunos o objetivo do

estudo que vão realizar; localizar historicamente o conteúdo a ser trabalhado; estabelecer relações entre os conteúdos trabalhados e as demais áreas do saber; apresentar ou escrever o roteiro da aula; incentivar a participação dos alunos via formulação de perguntas; usar palavras positivas frente às respostas dos alunos; tornar compreensível o conhecimento que põe em disponibilidade para os alunos; usar corretamente diferentes recursos tecnológicos; movimentar-se adequadamente no espaço de sala aula a fim de prender e verificar a atenção dos alunos; estimular a divergência e a criatividade dos alunos; apresentar clareza nas explicações e orientações, fazendo uso de terminologia adequada; utilizar certa dose de senso de humor; mostrar seriedade e compromisso com sua tarefa profissional (CUNHA, 2004).

Tais habilidades determinam um novo perfil dos docentes que atuam no ensino médico e apontam para a necessidade de demonstrar competências no “saber fazer”. Com isso, o profissional precisa estar preparado para atuar de forma eficiente diante da realidade do quadro que se instalou no cenário mundial e, conseqüentemente, também, diante daqueles que são responsáveis pelo processo de formação, como os docentes formadores de profissionais da área de saúde (JUNIOR, 2007). Essas características são elementos que melhoram a performance do professor, mas, sem as qualidades que Rogers recomenda, podem cair no vazio e não terem o efeito desejado.

A transformação do professor implica uma mudança no modelo de ensino e de aprendizagem e cria as condições para que qualquer método adotado, seja o modelo tradicional de ensino ou a ABP, por exemplo, seja eficiente. A proposta de Rogers é simples, mas obriga o professor a abrir mão do seu poder e dividi-lo com seus alunos. Isso não significa que o professor será um omissor ou uma peça descartável. Tal postura amplia a importância do professor em sala de aula e faz com que se preocupe mais com a formação do que com a informação.

Maturana, em seu livro *Formação Humana e Capacitação*, orienta para uma prática docente baseada no respeito e amor pelo aluno (MATURANA, 2003). Tal conduta vai ao encontro da teoria de Rogers, pois o amor é o elemento mais importante para que o educador tenha sucesso em sua prática. Amor por si mesmo, pela profissão e pelos alunos. A autenticidade e o respeito pelo aluno é fundamental

para que o mesmo se sinta acolhido e conseqüentemente se sinta bem em sala de aula.

A tarefa da educação é formar seres humanos para o presente, para qualquer presente, seres humanos nos quais qualquer outro ser humano possa confiar e respeitar seres humanos, seres capazes de pensar tudo e fazer tudo o que é preciso como um ato responsável a partir de sua consciência social (MATURANA, 2003, p. 10).

Como não há uma proposta de um método de ensino, as ideias de Rogers se aplicam a qualquer metodologia, e a ABP ajusta-se perfeitamente aos conceitos rogerianos. Assim, o docente nesta prática de ensino não tem mais um papel central e atua como facilitador e mediador da aprendizagem dos alunos.

Almeida (2011), em sua revisão, observa a fragilidade do modelo tradicional de ensino centrado no professor, que é considerado como um dos problemas a serem atacados para a efetiva transformação do processo de ensino e de aprendizagem. O referido autor discute a utilização da Aprendizagem Baseada em Problemas e da problematização como métodos para mudar o modelo tradicional de ensino médico. Para implantar o uso desta metodologia é fundamental que o processo seja descentrado do professor, pois a ABP é centrada no aluno. A ABP reconhece o aluno como o principal responsável pela construção do conhecimento cabendo ao professor o papel de mediador, facilitador e desafiador. Tal metodologia encontra nos preceitos de Rogers a base para a sua atuação, pois um de seus princípios básicos é que processo de ensino e de aprendizagem seja centrado no aluno com um professor atuando como mediador e facilitador.

Fica então patente que há a necessidade de uma mudança na prática docente do ensino médico. Mais do que saberes técnicos, os docentes deverão desenvolver qualidades éticas, morais e humanistas para que possam ser formados médicos com um perfil que valorize a vida e tente minimizar o sofrimento humano.

3 CARL RAMSON ROGERS, UM EDUCADOR HUMANISTA

3.1 CARL ROGERS - SUA VIDA E SUA OBRA

Carl Ramson Rogers nasceu em 1902 em Chicago e foi criado em uma família com tradições religiosas e morais muito rígidas. Seus pais cultuavam o trabalho e eram muito afetuosos com seus filhos. Aos doze anos mudou-se para uma fazenda onde os princípios rígidos da família buscavam afastar seus filhos das “tentações” da vida da cidade. Durante esse período seu pai estimulava seus filhos a serem independentes e criativos. Rogers iniciou seus estudos na área da agricultura e aos 17 anos ingressou na Faculdade de Agricultura em Wisconsin. Após dois anos de faculdade desistiu do Curso de Agricultura em favor do sacerdócio e então se matriculou no curso de História. No primeiro ano de curso foi escolhido para uma viagem à China, a fim de participar de um Congresso Internacional da Federação Mundial dos Estudantes Cristãos. Essa viagem mudou a sua vida e em 1924 entrou para o Union Theological Seminary, a fim de se preparar para uma missão religiosa. Após um ano no curso começou a frequentar algumas aulas de Psicologia na Universidade. Encantado pela Psicologia abandonou a Teologia e transferiu-se para a Teachers College da Universidade de Columbia para frequentar o Curso de Psicologia e Psicopedagogia. (ROGERS, 2009).

Ao formar-se foi contratado para trabalhar como psicólogo no “Child Study Department” da Associação para Proteção à Infância, em Rochester, Nova York. Nessa época teve que lutar para não ter seu salário de 2.900 dólares reduzido, visto que os psiquiatras não admitiam um psicólogo ganhar o mesmo que eles. Por doze anos atuou como psicólogo em Rochester, e sua grande preocupação eram os seus clientes. Durante esse período duvidou se verdadeiramente era um psicólogo, pois a Universidade de Rochester não se interessou pelo seu trabalho no Departamento de Psicologia. Somente quando foi criada a Associação Americana para a Psicologia Aplicada é que retomou as suas atividades de psicólogo. Ainda na Universidade, o Instituto de Pedagogia incluiu suas aulas no currículo e antes de sair da Instituição, o Instituto de Psicologia também as incluiu em seu currículo.

Em 1940, após ter publicado seu primeiro livro, *Tratamento Clínico da Criança Problema*, é convidado a ser professor efetivo da Universidade Estadual de Ohio. Atuou também na cadeira de Psicologia na Universidade de Chicago e criou um novo Centro de Aconselhamento. Em 1946 foi eleito presidente da Associação Americana de Psicologia, sendo aclamando, assim, o seu reconhecimento como profissional (ROGERS, 2009). Por cerca de duas décadas desenvolveu seus estudos no campo da psicologia direcionando-os para a terapia centrada no cliente, e somente na década de sessenta dirige sua atenção especialmente para a Educação, com a proposta da pedagogia centrada no aluno (ADLER, 2003).

Rogers ficou internacionalmente conhecido por uma abordagem denominada *terapia centrada na pessoa* ou *centrada no cliente* e, no Brasil, sua proposta terapêutica pedagógica surgiu no final da década de 1960, em várias capitais brasileiras. Primeiramente, sua teoria foi apresentada no Rio de Janeiro através do trabalho de Mariana Alvim, provavelmente a primeira pessoa que estudou e apresentou as noções de Rogers para os psicólogos e educadores brasileiros. Em Minas Gerais, as suas ideias foram discutidas no Curso de Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais. Também na década de 60, a sua teoria passou a ser estudadas em Recife, nas Faculdades de Psicologia. Em Porto Alegre, também no final dos anos 60, a proposta de Psicologia rogeriana encontrou boa acolhida tanto no espaço universitário quanto em grupos de estudos. Mas foi sobretudo no eixo Rio - São Paulo que a proposta rogeriana de psicologia acabou sendo mais difundida, inclusive, tendo aplicações distintas em cada uma dessas capitais. No Rio de Janeiro, por exemplo, o enfoque rogeriano se voltou, no início, quase que exclusivamente para as práticas pedagógicas (CAMPOS, 2003).

Dessa forma, a influência de Rogers na educação é observada de modo mais significativo a partir de 1969, quando lançou seu livro *Liberdade para Aprender*. Até esse período dedicou toda a sua obra à Psicologia. Em 1970 ele publicou seu livro *Grupo de Encontros*, no qual alerta para as limitações que existem na liberdade de ensinar do professor e na liberdade de aprender do aluno. Nessa obra enfatiza a necessidade do terapeuta ser um facilitador e aponta algumas condições fundamentais para que a relação cliente terapeuta seja efetiva e extrapola a sua teoria para a educação. Ele conseguiu translocar seus estudos da área da psicologia

para a educação e focou na necessidade da descentralização do processo de ensino e aprendizagem do professor.

Em 1981, lançou o livro *Liberdade de Aprender em Nossa Década*, no qual reafirma a sua tendência para a educação e a sua preocupação com a mudança do perfil do professor. A obra enfatiza que as instituições de ensino (superior ou não) precisavam mudar para ingressar no novo século que se aproximava e que os professores deviam deixar de ser o centro do processo de ensino e de aprendizagem.

Assim, suas ideias para a educação são uma aplicação da teoria que desenvolveu como psicólogo. Sua teoria psicológica aborda o paciente como pessoa e o trata com respeito e atenção. Define o paciente como o centro da ação terapêutica e o psicólogo como facilitador na busca de soluções para os problemas do paciente. A terapia proposta por ele se define como não-diretiva e centrada no cliente, porque cabe a ele a responsabilidade pela condução e pelo sucesso do tratamento (ROGERS; KINGET, 1977).

Nessa linha de pensamento emerge seu ideal de ensino, no qual o papel do professor se assemelha ao do terapeuta, e o do aluno, ao do cliente. Isso quer dizer que o aluno precisa ser encarado como central no processo de ensino-aprendizagem e a tarefa do professor é facilitar o aprendizado do aluno. Sua teoria no campo educacional nos convida a refletir sobre as mudanças necessárias tanto aos professores como aos alunos. De forma simples, aponta para uma significativa mudança no relacionamento entre professor e aluno, quando o processo não é centrado no professor. Mudança capaz de provocar transformações, tanto no comportamento de professores como nos alunos. Ele estava convencido de que as pessoas só aprendem aquilo de que necessitam ou o que querem aprender. Sua atenção recaiu sobre a relação aluno-professor, que deve ser impregnada de confiança e destituída de noções de hierarquia.

As ideias de Rogers sobre a educação são de fácil compreensão, já que suas observações são frutos de uma experiência – dentro de seu próprio consultório – entre terapeuta e paciente. Rogers desenvolveu uma teoria aplicável em qualquer tipo de relacionamento, seja entre professor e aluno, seja entre pais e filhos, amigos ou mesmo colegas na vida profissional (KERR, 2005). Logo, para Carl Rogers, o crescimento, o desenvolvimento e mesmo a aprendizagem são processos que

dependem muito dos tipos de relacionamentos que se estabelecem entre as pessoas.

A despeito do seu pensamento não ser difícil de ser entendido, Rogers foi criticado por muitos nas últimas décadas. Seus detratores consideravam sua teoria simplista e otimista, mas o refrão dessas acusações soa gasto em nossos dias (GAUTHIER; TARDIF, 2010). Portanto, introduzir Rogers na educação médica me parece pertinente, pois esse autor de tendência humanística tem muito a contribuir na formação de docentes para essa área.

Rogers faleceu em 1987 e deixou um legado inquestionável na área da educação, sendo a sua obra dedicada a uma mudança comportamental do docente implicando em uma nova relação de poder em sala de aula.

3.2 SUA TEORIA EDUCACIONAL - UMA EDUCAÇÃO CENTRADA NA PESSOA COM UM PROFESSOR FACILITADOR

A teoria de Rogers sobre a educação é fundamentada em suas observações como terapeuta que se preocupava com o seu paciente, ou melhor, o cliente. Ao olhar o aluno como um todo, ele quebra o paradigma do relacionamento formal e cria um relacionamento interpessoal, enfatizando para a educação essa convivência em busca de uma aprendizagem significativa e qualitativa (ROGERS, 1946). A sua proposta, tanto psicoterápica como educacional, sugere algo da sua concepção da personalidade humana (FADIMAN, 1979). Atribuindo a responsabilidade da mudança à pessoa (cliente ou aluno), e não ao terapeuta (ou educador), Rogers supôs que as pessoas poderiam alterar consciente e racionalmente seus pensamentos e comportamentos indesejáveis, tornando-os desejáveis.

Nesse sentido, preconiza que o docente passe a apresentar uma prática pedagógica centrada em qualidades que ajudam os alunos a se tornarem indivíduos: 1- capazes de agir por iniciativa própria e ser responsáveis por essas ações; 2- capazes de opções e de autogoverno inteligentes; 3- que aprendam criticamente, sendo capazes de apreciar os contributos dos outros; 4- que adquiram conhecimentos importantes para a solução de problemas; 5- que sejam capazes de

se adaptar com flexibilidade e inteligência a novas situações problemáticas; 6- que sejam capazes de cooperar eficazmente com os outros nas diversas atividades; e 7- que trabalhem, não para que os outros os aprovelem, mas na linha dos seus próprios objetivos socializados (ROGERS, 1978, 1985, 2009).

Assim, sua abordagem teórica crítica o modelo tradicional de ensino e aponta um modelo centrado no aluno e não no professor, destacando-se como principal referência nessa linha de pensamento, pois acreditava que o binômio inteligência-afetividade (ação-emoção) seria condição para uma aprendizagem sólida (DE FARIAS, 2009).

Entre os conceitos que ele passa a adotar estão o de aprender a maneira de aprender e o de que pensar é fundamental para a transformação da sociedade. “Gente que não pensa está madura para uma ditadura!” (ROGERS, 1985, p. 10). Nessa grande revisão de seus pensamentos sobre a educação o autor propõe: 1- criar um ambiente de confiança na sala de aula, no qual a curiosidade e o desejo natural de aprender possam ser nutridos e recalcados; 2- um modo participativo de tomada de decisão em todos os aspectos da aprendizagem, no qual alunos, professores e administradores desempenham um papel; 3- auxiliar os estudantes a se prezarem, a aumentar sua confiança e autoestima; 4- desvelar a emoção existente na descoberta intelectual e emocional, o que leva os estudantes a quererem aprender pelo resto da vida; 5- desenvolver nos professores atitudes que a pesquisa demonstrou serem as mais eficientes para facilitar a aprendizagem; e 6- ajudar os professores a evoluírem como pessoas, a encontrarem uma satisfação plena em sua interação com os que aprendem (ROGERS, 1985, p. 11).

Tal percepção implica uma transformação do professor, que deixa de ser um mero transmissor de conhecimento para uma atuação de mediador e facilitador da aprendizagem. Sua visão sobre o perfil do professor facilitador pode ser resumida em dez pontos: 1- o facilitador tem muito a ver com o estabelecimento da disposição inicial ou clima de grupo ou da experiência da sala; 2- ajuda a trazer à tona e elucidar os propósitos individuais do grupo; 3- conta com o desejo do aluno de realizar os propósitos que têm sentido para cada um, com força de motivação subjacente á aprendizagem significativa; 4- empenha-se em organizar e tornar facilmente disponíveis recursos, para a aprendizagem, da mais ampla ordem possível; 5- considera-se, a si mesmo, como recurso flexível a ser utilizado pelo

grupo; 6- correspondendo às expressões do grupo na aula, aceita, a um tempo, o conteúdo intelectual e as atitudes emotivas, e se esforça por dar a cada aspecto o grau de realce que lhe é emprestado pelo grupo ou pelo indivíduo; 7- quando se estabelece o clima de receptividade, em aula, o facilitador está apto a se tornar, progressivamente, um aprendiz participante, um membro do grupo, exprimindo suas opiniões como as de um entre outros indivíduos; 8- toma a iniciativa de compartilhar com o grupo tanto seus sentimentos quanto suas ideias, de modo a não exigir nem impor, mas simplesmente a representar uma participação pessoal que os alunos podem acolher ou recusar; 9- através da experiência em aula permanece atento às expressões de sentimentos profundos e fortes; 10- no exercício de suas funções de facilitador de aprendizagem, o líder procura reconhecer e aceitar suas próprias limitações (ROGERS, 1978, p. 165-166).

O professor que adota o papel de facilitador e mediador do processo de ensino e de aprendizagem está contribuindo para uma mudança da prática docente inclusive no Ensino Médico. Conforme recomendam as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina o projeto político-pedagógico das instituições de ensino médico, necessita ser “construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem” (BRASIL, 2001, p. 13).

Em seus trabalhos, recomenda que os docentes adotem uma postura não centralizada nas suas figuras e que valorizem os alunos. Sua teoria é muito simples e não há nenhuma dificuldade para compreendê-la, podendo ser adotada por todo professor que deseja ser um agente facilitador e desafiador do aluno. No entanto, há uma enorme resistência para aplicá-la na sala de aula. Observa-se que as escolas e as universidades caminham em um sentido diferente, pois formam alunos que possam reproduzir a informação, realizando determinadas operações que traduzem o pensamento do professor (ROGERS, 1951). Tal resistência talvez se deva ao fato de que há uma percepção, pelo professor, de perda de poder. Afinal, adotar uma postura que não centralize o processo de ensino-aprendizagem na figura do professor é essencial para mudar o modelo de ensino tradicional, e tal mudança implica uma aparente perda de poder por parte do professor.

Segundo Rogers, as qualidades importantes para a facilitação da aprendizagem são: a compreensão empática; a autenticidade do facilitador da

aprendizagem; e o apreço, a aceitação e a confiança do professor no aluno (CAPELO, 2000, ROGERS, 1978, p. 111). Na sua visão essas qualidades são essenciais para que o professor desenvolva seu trabalho docente sem ser o centro do processo de ensino e de aprendizagem e mude a orientação do modelo tradicional, baseado e centrado no professor, que deve, então, contribuir para a construção do conhecimento de seus alunos, permitindo a emancipação e a independência intelectual dos mesmos (GALIAZZI, 2008). Rogers percebe “a facilitação da aprendizagem como fim da educação, como o modo pelo qual desenvolveremos o homem entregue ao estudo” (ROGERS, 1978, p. 111).

3.3 EMPATIA CONFORME CARL ROGERS

Para Rogers, a empatia é uma das condições fundamentais para uma boa relação terapeuta/cliente. Entender o outro como se fosse o próprio é essencial para que haja o sucesso terapêutico. A compreensão empática (ou atitude compreensiva) diz respeito à capacidade que o terapeuta tem de compreender a experiência que o outro está vivendo, sendo capaz de ouvir a descrição da experiência que está sendo relatada sem fazer qualquer juízo ou julgamento, sem estar preocupado com a psicopatologia, ou com qualquer outro enquadre nosológico (CAMPOS, 2003).

Na educação não é diferente. A relação aluno-professor mimetiza a relação cliente-terapeuta, portanto a empatia na sala de aula é uma condição que influencia positivamente a prática docente. Compreender o aluno empaticamente significa perceber componente interno da outra pessoa como se fosse o próprio, com todos os seus significados e componentes emocionais (ROGERS, 2009). Na sala de aula, a empatia envolve uma completa dedicação e compromisso do docente em experienciar com aceitação o mundo interno do aluno. (ROGERS; ROSEMBERG, 2008).

Rogers assinala que para vivenciar o modo de ser empático, o docente precisa “colocar-se no lugar do estudante, de considerar o mundo através de seus olhos” e precisa deixar de lado o seu próprio ponto de vista e valores para entrar na sala de aula. O professor deve criar um ambiente que respeite a integridade do

aluno, que aceite os seus “objetivos, opiniões e atitudes como expressões legítimas do quadro de referência interior do aluno nesse momento” (ROGERS, 1951, p. 416). Para atuar de forma empática, o docente precisa pôr de lado o seu próprio eu, o que significa um estado de segurança que só pode ser alcançado com o tempo, muita experiência e formação docente orientada (KUETHE, 1977).

Ele considera que, para poder perceber o mundo do aluno com empatia, o professor não pode atuar centrando o processo de ensino aprendizagem na sua figura (ROGERS, 1951). A compreensão empática, pelo contrário, envolve uma atitude não avaliativa e de aceitação (isto é, de não-julgamento). Então, é essencial que o docente tenha uma prática que entenda e respeite o seu aluno.

O professor que trabalha a partir das representações dos alunos tenta reencontrar a memória do tempo em que ainda não sabia, colocar-se no lugar dos aprendizes, lembrar-se de que, se não compreendem, não é por falta de vontade, mas porque o que é evidente para o especialista parece opaco e arbitrário para os aprendizes (PERRENOUD, 2008, p. 29).

É necessário ressaltar a importância dada aos sentimentos. Sentir o que o aluno sente é estar afinado não só com uma carga de emoções, mas com os significados e as percepções dele. Fica patente que Rogers preza pela não cisão entre raciocínio e sentimento, percepção e afeto, revelando, assim, que toda a possibilidade de experimentar a realidade será permeada de sentimento. O valor do afetivo na educação tradicional é minimizado diante dos conhecimentos que precisam ser adquiridos. Para ele o fator emocional influencia definitivamente o processo de ensino e aprendizagem. As atitudes humanísticas do docente serão fundamentais para que o aluno reconheça em seu professor um indivíduo preocupado com o seu desenvolvimento independente e autônomo.

3.4 CONGRUÊNCIA NA VISÃO DE ROGERS

Conforme Rogers assinala, para que o processo terapêutico “tenha êxito, é necessário que o terapeuta seja, na relação, uma pessoa unificada, integrada ou

congruente” (ROGERS, 2009, p. 325). Na educação não pode ser diferente. Professores precisam atuar conforme o seu discurso e não podem agir dizendo “faça o que eu falo e não faça o que eu faço”. Uma pessoa está congruente quando as suas experiências podem ser acuradamente simbolizadas na consciência sem distorções ou negações, ou seja, a pessoa congruente é uma pessoa sem defesas, aberta à totalidade da sua experiência. Na relação aluno-professor, a congruência do professor é uma das condições essenciais para a promoção da mudança do modelo de ensino tradicional (ROGERS; ROSEMBERG, 2008). O professor atua de forma congruente na relação com o aluno quando ele está sendo livre, sem fachadas e sem defesas.

A atuação docente deve basear-se na sua sinceridade e autenticidade. A autenticidade é considerada por Rogers como a mais básica e mais importante das atitudes do professor. Ele utilizou os conceitos de congruência, genuinidade, autenticidade e transparência como sinônimos em sua teoria da terapia. A congruência tem sido, muitas vezes, usada por determinados autores como justificativa para uma atitude de “qualquer coisa vale” na sala de aula. Ele não preconiza o *“l'asser faire, l'asser passer”*, muito pelo contrário.

É fundamental que o docente atue de forma clara, sem ostentar uma fachada, sendo verdadeiro e coerente com o perfil que é apresentado ao aluno. O docente deve procurar sempre “buscar a coerência entre o que diz e acredita e o que faz” (HENGEMÜHLE, 2007, p. 87).

A atuação docente não pode ser como a de um ator que ao sair do palco esquece a sua personagem no teatro. O professor precisa ser autêntico, coerente e transparente. “Deve ser real no contato com seus alunos. Será entusiasta ou entediado, interessado nos alunos ou irritado, será receptivo e simpático” (ROGERS, 1978, p. 112). Se um professor tem escassa compreensão do mundo do aluno, não gosta dele ou de seu comportamento, é mais construtivo ser real do que pseudo-empático. O professor não pode usar uma máscara que coloca ao entrar na sala de aula e a tira no final do dia.

Quando autêntico na relação estabelecida com o aluno, o professor é capaz de aceitá-lo tal como ele é, de forma incondicional, compreendendo seus medos, expectativas e desânimos frente a um novo desafio; é capaz, até mesmo, de experimentar as mesmas angústias e sentimentos confusos que lhe permitam

aceitar atitudes muitas vezes incompreensíveis para a maioria. Trata-se de um relacionamento afetuoso entre professor e aluno, juntos, caminhando para o aprendizado significativo. Um aprendendo com o outro, todos os dias. Essa humildade por parte do professor certamente o levará a um relacionamento autêntico e transparente com o educando.

A autenticidade será a principal ferramenta do educador que conduzirá o aluno à aprendizagem significativa (KERR, 2005, p. 4). A aceitação e a compreensão, já estabelecidas na relação professor-aluno, implicam um ensino centrado neste último. Ele precisa ser real na relação com seus alunos, e não um ator que age conforme os interesses de alunos ou da instituição. Ou seja, o professor é congruente na medida em que é real e genuíno na relação com o aluno (ROGERS; STEVENS, 1978).

3.5 A ACEITAÇÃO COMO FATOR DETERMINANTE NA RELAÇÃO PROFESSOR-ALUNO

Rogers considera a aceitação como uma atitude importante para que haja um clima de facilitação na educação (ROGERS, 1978 e 1980). O apreço, a confiança e a aceitação implicam respeito ao aluno, e o professor que atua considerando esses valores encontra-se na condição de facilitador. Estes três aspectos são elementos necessários para que o professor tenha um bom desempenho na arte de ensinar e consiga manter uma interação de bom nível com o aluno. O apreço pelos sentimentos, pelas opiniões e pelas posturas do aluno propicia ao professor uma prática menos possessiva e autoritária. A aceitação do aluno como indivíduo único é um dever do professor. E a confiança é fundamental, pois todo aluno é merecedor de crédito.

Aceitar o aluno com seus aspectos positivos e suas deficiências não é uma tarefa fácil, pois sempre se deseja ver o lado positivo do aluno. Essa atitude permite que o professor se relacione com seus alunos em um clima de harmonia e consideração, o que habitualmente não ocorre em um modelo tradicional de ensino.

Estou certo de que esses exemplos são mais do que suficientes para mostrar que o facilitador que cuida, que preza, que confia no aprendiz, cria um clima de aprendizagem tão diferente do de uma sala de aula usual, que qualquer semelhança é mera coincidência (ROGERS, 1978, p. 116-117).

Segundo sua proposta, o professor facilitador que possui essa qualidade cria um clima de aprendizagem diferente na sala de aula. A compreensão empática significa estar na situação do outro, ver pelos olhos do aluno, tentar se sentir como ele. “Os alunos ficam profundamente reconhecidos ao serem compreendidos – não avaliados, nem julgados, compreendidos simplesmente” (ROGERS, 1978, p. 117). Assim, Rogers afirma que as atitudes apontadas acima são eficazes na facilitação da aprendizagem e que professores que atuam baseados nesses preceitos serão mais eficientes na sua prática docente. Conclui também que alunos de professores com essas qualidades aprendem mais, mesmo num currículo convencional (ROGERS, 1978). Aprendizagem, segundo o estudioso em foco, é algo mais do que uma nota em um relatório. Não é possível medir o que se aprendeu porque isto é algo individual, pois não se pode confundir aprendizagem com memorização. Na aprendizagem centrada na pessoa, o aluno torna-se gestor de seu próprio processo de busca do conhecimento e aprende também a estabelecer critérios, a determinar os objetivos a serem alcançados e a verificar se foram atingidos.

No campo da educação, Rogers pouco se preocupou em definir práticas, chegando a afirmar que “os resultados do ensino ou não têm importância ou são perniciosos”. Acreditava ser impossível comunicar diretamente a outra pessoa o conhecimento que realmente importa e estava convencido de que as pessoas só aprendem aquilo de que necessitam ou o que querem aprender.

Embora anticonvencional, o modelo proposto por ele não significa deixar os alunos a sua própria sorte, mas sim dar apoio para que caminhem sozinhos. O papel do professor, como facilitador e mediador da aprendizagem, não o exime da responsabilidade de ensinar e não o autoriza a abandonar os alunos no processo de construção do conhecimento. É função de um facilitador estimular a curiosidade e as perguntas de seus alunos, permitindo-lhes que desenvolvam seus interesses e exponham suas ideias, mesmo quando estas pareçam sem sentido.

Então, a teoria rogeriana contém muitas soluções para os problemas que desafiam educadores em todos os níveis e áreas de ensino, inclusive no ensino médico. Conforme sua visão, o docente que atua de forma autêntica e empática

propicia um ambiente de liberdade e cooperação que conduz o aluno a ser o centro do processo de ensino e de aprendizagem. Logo, a educação deve ter como maior objetivo a facilitação da aprendizagem através da mediação do professor. O educador com perfil facilitador e desafiador proporciona a seus alunos a oportunidade de eles serem os responsáveis pela construção de seus saberes, pois todo ser humano apresenta uma tendência natural e particular para aprender. Lamentavelmente, é observada uma resistência por parte de muitos docentes aos preceitos rogerianos de modo que suas práticas se distanciam do seu ideal de educação.

No entanto, é preciso ressaltar que muitos professores atuam, mesmo que sem saber, conforme a teoria rogeriana, demonstrando sua aplicabilidade. Conforme o autor observa o papel do educador é fundamental para uma mudança no perfil do cidadão que se forma. Se o objetivo da educação for formar indivíduos com perfil humanista precisa ser mudado o perfil do docente. A educação deve libertar o indivíduo dos grilhões da ignorância e da subserviência.

Nesse contexto, o papel do professor é tido como fundamental e sua postura cativante, estimulante e desafiadora contribui significativamente para uma mudança na postura do egresso do Curso de Medicina. É necessário enfatizar que a dedicação do professor cativa o aluno e faz com que haja integração aluno-professor. A atuação docente deve descentralizar o processo de ensino e de aprendizagem de sua figura e considerar o aluno como centro do processo e responsável pelos resultados de aprendizagem. Tal prática é considerada como um caminho a seguir para solucionar as dificuldades relacionadas à passividade dos alunos na sala de aula (DA SILVA, 2007). Conforme o próprio Rogers ressalta, a mudança para esse modelo não é fácil nem rápida, porém é necessária se quisermos sobreviver.

O único homem que se educa é o homem que aprendeu a aprender; o homem que aprendeu a se adaptar e mudar, que se capacitou de que nenhum conhecimento é seguro, que somente o processo de buscar conhecimento oferece uma base de segurança (ROGERS, 1978, p. 110).

A solução para uma mudança no processo de ensino e de aprendizagem, conforme a teoria rogeriana, passa pela prática pedagógica com base numa concepção humanista de educação. Hoje, no ensino médico, suas idéias permeiam

teorias educacionais mais contemporâneas e o professor, ao conhecer e compreender tais ideias, pode tornar sua prática mais eficaz e coerente, para que o desenvolvimento de seus alunos seja obtido da forma adequada.

4 METODOLOGIA

Esta pesquisa tem como objeto de estudo minha prática docente na Disciplina de Clínica Médica II e visou a reconhecer nessa o perfil humanista preconizado por Carl Rogers. Foram objetivos específicos: identificar na minha prática pedagógica os preceitos de Carl Rogers: a empatia, a congruência, a aceitação e o perfil facilitador; identificar as contribuições e influências do docente para a formação de um médico com perfil humanista, tendo como referência a perspectiva discente; e refletir sobre a contribuição de Carl Rogers, um dos autores da corrente humanista, no processo educativo do ensino médico.

Inicialmente, ao propor-se como objeto de análise deste estudo o perfil humanista de um docente do Curso de Medicina da FURG, encaminhou-se ao PPGECC um projeto de tese intitulado “Educação Médica Numa Perspectiva Sócio-Constructivista”. Ao longo dos meses ocorreu uma mudança no encaminhamento da pesquisa. Tal fato resultou na alteração do título do trabalho, que passou a denominar-se: “Educação Médica a Partir da Perspectiva Humanística de Carl Rogers: Uma Vivência de Sala de Aula”. A partir dessa definição procurou-se estabelecer a metodologia a ser adotada nesta pesquisa.

A metodologia de um trabalho científico é considerada por muitos como a parte fundamental para que tenha êxito. Ainda que essa afirmação possa ser questionada, é relevante ter em mente que a metodologia adotada desempenha papel crucial no desenvolvimento da pesquisa. Ao construir um trabalho científico é necessário levar em consideração: o tema escolhido, o objeto de estudo, a hipótese de trabalho, a fundamentação teórica, a definição dos objetivos, a metodologia aplicada, a comprovação ou não da hipótese, as considerações finais e a conclusão (DEMO, 2001).

Nessa perspectiva, em busca da definição metodológica, tendo em vista a realização de uma pesquisa sobre a Educação Médica a partir da Perspectiva Humanística de Carl Rogers, foi necessário recorrer ao referencial teórico-metodológico de Carl R. Rogers e de Maurice Tardif para dar sustentação a esse estudo. As contribuições de Tardif (2003) no que tange à abordagem sobre a problemática da constituição dos saberes docentes, resgatando o valor dos saberes da experiência e a necessária reflexão sobre suas condições de produção e

operação, foram tomadas como referência para auxiliar a discussão. Já Carl Rogers é um dos pioneiros no conceito da educação humanística e foi referência para inúmeras teses e trabalhos na década de 70 e 80, sendo suas ideias fundamentais para a constituição de um docente crítico, reflexivo e humanista.

Assim, considerando os fundamentos teóricos e os objetivos, a metodologia do trabalho investigativo foi conduzida em prol de se realizar uma pesquisa acerca da ação docente pelo próprio docente, caracterizando-se como pesquisa em sala de aula (MIZUKAMI, 2006). Conforme Tardif recomenda (2000, p. 21), “[...] já é tempo de os professores universitários da educação começarem, também, a realizar pesquisas e reflexões críticas sobre suas próprias práticas de ensino”. A atuação docente em sala de aula é legítima e pode ser usada como objeto de pesquisa e, assim, procedeu-se à avaliação do docente pelo próprio docente nesta pesquisa. Esse tipo de estudo já é uma prática consolidada na pedagogia e nas áreas sociais, e sua utilização permite ao docente vislumbrar novos horizontes e solucionar velhos problemas. Apesar de enfrentar críticas em relação ao tipo de conhecimento produzido, o que envolve questões ligadas a rigor, especificidades do desenho metodológico e validade, ele tem poder de sustentação para uma pesquisa de caráter qualitativo.

Tardif (2003) relata que a pesquisa educacional no Brasil é incrementada a partir da década de 90 e passou a vislumbrar, na sala de aula, um espaço rico em possibilidades de investigação. Os pesquisadores da área educacional passam a usar regularmente as instituições de ensino para observar as atividades cotidianas dos trabalhadores de ensino. A análise do trabalho docente permite compreender melhor a prática pedagógica na instituição de ensino e dá ao educador subsídios para que possa aprimorar a sua atuação junto aos alunos.

Entre as muitas utilidades desse tipo de pesquisa observa-se que o docente pode melhorar a sua percepção quanto ao seu papel como educador e pode contribuir para um ensino e uma aprendizagem de melhor qualidade nas salas de aula (LANKSHEAR; KNOBEL, 2008).

Dizendo de maneira polêmica, se os pesquisadores universitários querem estudar os saberes profissionais da área do ensino, devem sair de seus laboratórios, sair de seus gabinetes na universidade, largar seus computadores, largar seus livros e os livros escritos por seus colegas que definem a natureza do ensino, os grandes valores educativos ou as leis da aprendizagem, e ir diretamente aos lugares onde os profissionais do ensino

trabalham, para ver como eles pensam e falam, como trabalham na sala de aula, como transformam programas escolares para torná-los efetivos, como interagem com os pais dos alunos, com seus colegas (TARDIF, 2000,p. 12).

Na revisão dos artigos publicados na Revista Brasileira de Educação Médica (RBEM), entidade ligada à Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), não foi encontrado nenhum artigo que abordasse a pesquisa em sala de aula ou fizesse menção à temática discutida nessa pesquisa. Importante é ressaltar que a tendência nas pesquisas na área da medicina é valorizar a pesquisa quantitativa em detrimento da pesquisa qualitativa, pois a maioria dos pesquisadores é formada com o viés da pesquisa quantitativa, a qual dá ao pesquisador a sensação de que seus resultados podem ser aferidos e avaliados pelos que vão lê-la e, conseqüentemente, seu estudo pode ser validado como uma pesquisa séria. A pesquisa quantitativa lida essencialmente com números e modelos estatísticos para explicar os dados obtidos e o protótipo desse tipo de pesquisa é o levantamento de opinião (BAUER, 2004). Já a pesquisa qualitativa não fornece a esses pesquisadores suporte suficiente para que se sintam seguros no desenvolvimento de seus trabalhos.

Minayo (2008), em seu livro *O Desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde*, aborda, sobretudo, o método qualitativo aplicado na área da saúde. Apesar de reconhecer a importância do método quantitativo no entendimento da magnitude dos fenômenos, ela procura enaltecer o método qualitativo como recurso metodológico. Segundo a autora, o método qualitativo é aquele que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões resultado das interpretações de como os indivíduos se sentem, pensam e como se veem. Os estudos qualitativos se adaptam melhor à investigação de grupos e de segmentos bem-delimitados.

Entretanto, quando for apropriado, a análise estatística pode ser usada em associação à pesquisa qualitativa sem comprometer os resultados da pesquisa. Esta associação, apesar de considerada contraditória por alguns autores, pode muito pelo contrário, dar sustentação aos argumentos do pesquisador. A pesquisa de metodologia mista em geral se refere a estudos que incluem elementos dos métodos qualitativo e quantitativo em seus projetos (BORTONI, 2008).

No entanto, como foi possível constatar na revisão dos artigos publicados na RBEM, atualmente há inúmeros trabalhos na educação médica sustentados pela pesquisa qualitativa. No período de 2001 a 2010 foram publicados quatrocentos e noventa e dois artigos, entre ensaios, pesquisas, revisão, resumos de teses e dissertações, relato de experiência e editoriais, e desses, noventa artigos têm o cunho qualitativo e cento e cinquenta e um artigos são de caráter quantitativo. Também foi realizada uma busca de teses e dissertações sobre Educação Médica na base de dados Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações no período de 2001 a 2010. Foram encontradas cento e trinta e oito dissertações e sessenta e quatro teses sobre educação médica nesse período. Na revisão não foi encontrada nenhuma tese ou dissertação que abordasse o tema ou utilizasse metodologia adotada nesta pesquisa. Quanto ao caráter da pesquisa ser qualitativo ou quantitativo, foram encontradas: dezesseis teses de cunho qualitativo, duas de cunho qualitativo e quantitativo e quarenta e seis de caráter quantitativo. Nesse panorama, a metodologia adotada pode agregar um caráter inovador à presente pesquisa, visto que esta não é uma prática usual na educação médica.

O trabalho ora proposto, tendo como finalidade promover a ampliação de sentidos e significados da prática docente e reconhecendo professor e alunos como protagonistas na sala de aula, passa então a assumir um cunho qualitativo. Nesse ponto, é essencial lembrar que a pesquisa qualitativa é, muitas vezes, vista como uma maneira de dar poder ou dar voz às pessoas, ao invés de tratá-las como objetos, cujo comportamento deve ser quantificado e estatisticamente modelado (BAUER, 2004).

A pesquisa qualitativa está principalmente interessada em como as pessoas experimentam, entendem, interpretam e participam de seu mundo social e cultural. Ela permite descrições ricas e detalhadas de indivíduos em ação, especialmente na relação professor-alunos. A pesquisa qualitativa faz, relativamente, pouco uso de formas de análise estatísticas e recusa-se a restringir a coleta de dados como corpo principal da pesquisa. A utilização de anotações de aulas, questionários, gravações e filmagens para posterior transcrição completa ou parcial tornou-se prática comum nos estudos qualitativos (LANKSHEAR; KNOBEL 2008).

Esse tipo de pesquisa tem entre os seus objetivos a função de aprofundar a compreensão dos fenômenos que investiga a partir de uma análise rigorosa e

críteriosa desse tipo de informação. Mais do que testar hipóteses para comprová-las ou refutá-las ao final da pesquisa, a intenção da pesquisa qualitativa é a compreensão (MORAES, 2003), sendo comum a utilização de análises textuais, seja utilizando textos já existentes, seja produzindo o material de análise a partir de entrevistas e observações (CHRISTOV, 2006).

Cabe aqui destacar que a adoção de uma metodologia de investigação embasada em pesquisa em sala de aula, de caráter fundamentalmente qualitativo, propicia uma resistência em educadores médicos como no meu caso, o que foi contornado e “tratado” pelas orientadoras desta pesquisa através de discussões e leituras recomendadas. Vale salientar que, ao longo das leituras realizadas durante o doutorado, foi possível constatar a relevância do tema e me interar de saberes que até o início de minha caminhada no PPGECC não imaginava que fossem tão importantes para o desempenho da prática docente.

Fugir da tendência de realizar uma pesquisa quantitativa não foi simples, mas ao entender que a pesquisa qualitativa tem fundamentos sólidos que dão sustentação à pesquisa pedagógica, foi reconhecida, nesse caminho metodológico, a possibilidade de realizar o estudo em questão. Desse modo, a construção do processo de pesquisa que deu origem a esta exposição teve seu percurso metodológico definido ao longo da trajetória da própria pesquisa. Não há dúvida de que determinar a definição da linha metodológica de uma pesquisa é sempre um desafio aos que enveredam pela investigação científica. Com o auxílio das orientadoras; foi possível entender a complexidade da pesquisa e superar preconceitos e resistências em relação à pesquisa qualitativa. Ressalto que os objetivos foram se definindo ao longo da pesquisa, como uma estrada que vai se abrindo em uma floresta densa. Como caminho provisório, foi sendo feito e refeito a cada etapa.

Conforme Minayo (1993, p. 240), “a função do método é conferir instrumentalidade ao trabalho do pesquisador”, ação que dá sustentação ao trabalho científico e permite a o pesquisador conduzir sua pesquisa com tranquilidade, mesmo que ele ainda não tenha compreendido na totalidade a importância do tema.

Considerando o desenvolvimento da pesquisa propriamente dita, foram constituídas em duas fases, que são descritas a seguir. A primeira fase foi realizada no período de março a novembro de 2010 e contou com a participação de alunos

das turmas A e C de aulas práticas da Disciplina de Clínica Médica II. Nesse ano letivo as turmas A e C contaram com um total de trinta e dois alunos, dezesseis alunos por turma. Tradicionalmente as aulas práticas são ministradas nas terças e quintas-feiras e têm duração de 55 minutos, das 7:50 às 8:45 horas. Assim, todas as aulas foram registradas por meio de gravação em áudio, em um aparelho MP3 PHILIPS, e arquivadas para reflexão sobre a conduta do docente frente a seus alunos.

Ao usar um registro contextualizado de linguagem falada, o pesquisador “congela” um evento ou atividade no momento em que acontece. Nesse caso, a gravação em áudio é uma ferramenta que permite captar a fala *in locus* a fim de preservar os registros verbais para posterior obtenção de informações e investigação de usos de processos de linguagem e seus efeitos (LANKSHEAR; KNOBEL, 2008).

Como seria enfadonho, cansativo e improdutivo transcrever todas as aulas na plenitude, foram transcritos pequenos trechos de aulas que pudessem retratar como o professor se comporta em sala de aula e se o método utilizado explicita ou aponta indícios de uma prática docente que se caracterize pelo perfil humanístico de Carl Rogers. As transcrições são apresentadas seguidas das datas referentes às aulas e preservam o anonimato dos alunos que foram identificados por números precedidos pela letra A (A1, A2..., A32). As transcrições do professor são precedidas pela letra P. Com relação ao questionário, a resposta foi transcrita precedida pela letra Q e não identifica os alunos. As aulas práticas constituíram o ambiente de pesquisa devido ao fato de que as aulas teóricas são ministradas em regime de colegiado, o que dificultaria a caracterização da ação docente em específico.

A segunda fase da pesquisa, realizada em outubro de 2012, também contou com a participação dos alunos que integraram a primeira fase e se encontravam no término do curso. Essa fase consistiu-se na aplicação de um questionário contendo uma única questão aberta (Ver Anexo II), sendo que os formandos não precisavam se identificar. A intenção desse momento de pesquisa foi reconhecer, por meio das respostas à questão aberta, que lembranças e percepções os alunos possuíam acerca das experiências ocorridas durante as aulas práticas. Ao reconstituir fatos e eventos do passado, o professor-pesquisador pode fundamentar ou refutar sua ação docente contribuindo então para o seu aprimoramento pessoal e melhoramento das

suas práticas pedagógicas (LANKSHEAR; KNOBEL, 2008). Ao referenciar a memória episódica, aqui entendida como aquela que “[...] permite aos indivíduos lembrar-se de suas experiências pessoais passadas, isto é, lembrar-se de eventos experimentais embutidos em uma matriz de outros acontecimentos pessoais num tempo subjetivo” (CORRÊA; 2010, p. 257), foi possível observar que contribuições relevantes (positivas ou negativas) foram marcantes para a mudança comportamental e atitudinal desses futuros médicos. A utilização das lembranças de eventos e experiências pessoais do passado permite constatar que influências foram exercidas pelo professor na formação de seus alunos. Vale ressaltar que o professor, ao exercer o seu poder de persuasão através de mensagens e atitudes, pode contribuir na formação humanística de seus alunos.

Na primeira aula de cada semestre, após a apresentação do plano de ação do período, foi apresentada a pesquisa proposta. Os alunos foram elucidados sobre a temática da pesquisa e informados de sua metodologia. Foi exposto que a participação no trabalho era voluntária e, antecipadamente, foi entregue um Termo Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo I), o qual foi assinado pelos alunos do primeiro e do segundo semestre.

As aulas foram ministradas nas enfermarias e na sala de reuniões do Serviço de Clínica Médica do Hospital Universitário Miguel Riet Côrrea Jr., e o recurso tecnológico mais utilizado foi o quadro de giz, uma vez que a sala de aula não dispõe de outros meios. O método de ensino adotado se baseava no estudo de pacientes internados nas Unidades Hospitalares da Cidade de Rio Grande (Hospital Universitário Miguel Riet Côrrea Jr. e Hospital da Santa Casa de Misericórdia do Rio Grande). O método envolve a discussão de casos clínicos seguida de visitas às enfermarias para a avaliação dos pacientes, e posteriormente são realizadas discussões longe dos pacientes evitando constrangê-los. Cada aluno fica responsável por pelo menos um paciente internado a fim de realizar a história clínica, o exame físico completo e a coleta de resultados de exames complementares. A cada aula um aluno apresenta o seu caso clínico (escolhido previamente entre eles e sem o meu conhecimento prévio) e é feita uma discussão sobre todos os problemas do paciente. Sempre visando à melhor tomada de decisão para cada paciente, as discussões procuram explorar todas as queixas dos mesmos. Discutem-se os aspectos clínicos, os distúrbios emocionais, a condição

socioeconômica, os hábitos de vida, entre outros assuntos. O objetivo da aula não é acertar o diagnóstico, mas sim acertar as condutas diagnósticas e terapêuticas que devem ser adotadas, estimulando o pensar e o aprender a aprender e evitando o processo de memorização pura e simplesmente.

A despeito do método de Aprendizagem Baseada em Problemas não ser objeto de análise desse estudo, cabe uma breve revisão, pois é o método adotado pelos professores da Disciplina de Clínica Médica II. A ABP é um método que foi introduzido na educação médica com sucesso há vários anos no mundo e no Brasil. Sua aplicabilidade nessa área tem se mostrado benéfica, pois permite aos alunos serem os responsáveis pela construção de seus saberes. A ABP tem como pilar fundamental a discussão de casos, e a solução de problemas reais determina uma sensação de realidade e suscita a cooperação e o trabalho em equipe (VIEIRA, 2005). O termo discussão se caracteriza por uma interação verbal bilateral entre professor e alunos que deve ser estimulada durante todo o processo de aprendizagem (KUETHE, 1977). O ato de questionar e induzir questionamentos precisa ser priorizado pelos professores, pois possibilita ao aluno o desenvolvimento da autonomia intelectual (GALIAZZI *et al.*, 2008).

Nas pesquisas sobre a Aprendizagem Baseada em Problemas constatou-se que as possíveis vantagens desse método ainda não estavam definitivamente comprovadas e que os mecanismos que explicariam sua eficiência ainda não haviam sido plenamente esclarecidos. A ABP apresenta diversas vantagens em relação ao modelo tradicional de ensino e sua aplicação na educação médica sugere um novo rumo (YAZBECK, 2000).

A Aprendizagem Baseada em Problemas é um método pedagógico no qual toda a aprendizagem é realizada no contexto do trabalho dos alunos em pequenos grupos, geralmente entre 4 e 12 estudantes, sob a ação facilitadora de um ou mais tutores. Entre as vantagens da ABP sobre o modelo tradicional, Yasbeck (2000) salienta que a ênfase é no significado e não nos fatos. Refere-se ainda que objetivo maior é a resolução de problemas de cunho real; maior compreensão e melhor desenvolvimento de habilidades; maior motivação dos discentes; maior motivação dos docentes. Inúmeras escolas médicas aplicam esta metodologia na qual o ensino é centrado nos alunos e é facilitado e mediado pelos docentes.

O processo da ABP baseia-se no trabalho dos alunos sobre problemas que retratam ou simulam situações reais, compatíveis com a atividade profissional futura ou atividade fim relacionada à formação desses estudantes. O problema é o ponto de partida de todo o processo, e não simplesmente um exemplo ou exercício para a aplicação de princípios ou conceitos já estudados, e não deveria trazer mais informações do que aquelas que seriam inicialmente acessíveis em uma situação real. Os alunos, a partir da compreensão do problema e da evocação dos conhecimentos que já possuem, podem ser capazes de elaborar hipóteses diagnósticas, diagnósticos diferenciais e traçar condutas diagnósticas e terapêuticas.

Para Feuerwerker (2002, p. 52), a ABP na educação dos profissionais da saúde tem três objetivos: a aquisição de um corpo integrado de conhecimentos; o desenvolvimento e aplicação de habilidades para resolver problemas; e o desenvolvimento do raciocínio clínico. Para tanto, a ABP tem como elemento central a educação centrada no estudante e não no docente. O aluno é, portanto, considerado o principal ator no processo de ensino e aprendizagem, pois o método de resolução de problemas fundamenta-se no ato de aprender associado à capacidade de descobrir (DE FARIAS *et al.*, 2009).

Em sua revisão, Bordenave (1999) aponta alguns benefícios relacionados ao aprendizado baseado em problemas e entre eles cita: aluno constantemente ativo, observando, formulando perguntas, expressando percepções e opiniões. Tal comportamento vai ao encontro do que Rogers propõe e, como dito anteriormente descentraliza o processo de ensino e aprendizagem do professor; o aluno tem a percepção de que os problemas reais, cujas soluções são construídas por ele, convertem-se em reforço; a aprendizagem ligada a aspectos significativos da realidade; o desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, análise, avaliação, compreensão, extrapolação entre outras; o intercâmbio e cooperação com os demais membros do grupo; e a superação de conflitos como integrante natural da aprendizagem grupal (BORDENAVE, 1999, p. 264).

Ouvir, desafiar e questionar os alunos são formas de mediar a construção dos seus conhecimentos, e esse procedimento baseia-se no diálogo entre todos que participam do processo educacional (GALIAZZI, 2003). O método de ABP é fundamentado nessa prática, e seu sucesso é dependente da atuação mediadora, facilitadora e desafiadora do docente.

Emerge da interlocução dos dados gerados nesses momentos de sala de aula e das respostas do questionário com os referenciais teóricos, a vertente qualitativa do estudo, fundamentada na metodologia da análise do conteúdo, que, segundo Weber (1990, p. 9), “é um método que usa um conjunto de procedimentos para extrair inferências válidas do texto”, sendo comum sua utilização para analisar textos, documentos, filmes, gravações entre outros. A análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos (conteúdos e continentes) diversificados. O fator comum dessa técnica é uma hermenêutica controlada, baseada na dedução, a inferência. É um método empírico, dependente do tipo de “fala” a que se dedica e do tipo de interpretação que se pretende como objetivo. Envolve a preparação das informações, a definição em unidades de análise (frases, palavras, temas), a categorização propriamente dita, a descrição, que, quando pesquisa qualitativa, deve fazer uso intensivo de transcrições diretas dos dados, e a interpretação (BARDIN, 2009). Assim, tomando como ponto de partida a percepção que o pesquisador tem dos dados, envolve a interpretação pessoal. Conforme Moraes (1999), a análise de conteúdo atende às necessidades de um pesquisador que tem como fonte de dados os processos comunicacionais, em especial quando voltado à análise qualitativa.

Dessa forma, as transcrições parciais das falas registradas em sala de aula, somadas às respostas do questionário, uma vez analisadas, constituíram as categorias emanadas da teoria de Carl Rogers e estabelecidas *a priori*: a empatia, a congruência, a aceitação e o perfil facilitador do professor.

5 RESULTADOS

Este capítulo estrutura-se pela organização e análise dos dados obtidos por meio das transcrições parciais oriundas das gravações das aulas práticas realizadas no período de março a novembro de 2010, e das respostas à questão aberta feita em outubro de 2012. Ao analisar os dados, a primeira preocupação foi com a possibilidade de os dados gerados darem conta do objetivo geral desta tese: reconhecer o perfil humanista preconizado por Carl Rogers na minha prática docente como professor da Disciplina de Clínica Médica II.

A pesquisa executada procurou analisar as minhas atitudes mediante a interpretação das transcrições das aulas práticas e das memórias episódicas dos alunos formandos. Desde o início da pesquisa, estava claro que naquele momento não havia a intenção de fazer um estudo sobre os professores ou os alunos, seus métodos de ensino e suas aprendizagens respectivamente. Esse objetivo foi atendido e não há nessa avaliação nenhum resultado ou análise de texto pertinente às questões acima. É importante enfatizar que essa pesquisa está centrada na minha autoavaliação, e que seus resultados só serão inferidos a minha pessoa.

Foram desenvolvidas 60 aulas práticas, trinta (30) no primeiro semestre e trinta (30) no segundo semestre, tendo em média a duração de uma hora e trinta minutos cada. Foram gravadas quarenta horas e quatro minutos (40 horas e 4 minutos) e cinquenta e duas horas e vinte e nove minutos (52 horas e 29 minutos) no primeiro e segundo semestre respectivamente, totalizando noventa e duas horas e trinta e três minutos (92 horas e 33 minutos) de aula. Dada a busca da complementaridade dos dois instrumentos de pesquisa articulados com as transcrições das gravações, são apresentados também trechos oriundos dos registros obtidos nos questionários da fase dois, respondidos por 21 dos 32 alunos que participaram na fase um. Assim, a partir das falas recorrentes do professor e dos alunos, ouvidas na gravação e das respostas à questão aberta, os dados foram agrupados nas quatro categorias estabelecidas *a priori* para análise: a empatia, a congruência, a aceitação e o perfil facilitador do professor. Isso porque essas atitudes são consideradas essenciais à implantação de uma educação com perfil humanista. Estimulá-las na prática docente, sem distinção ou privilégio de uma sobre a outra, torna-se necessário e imprescindível para uma mudança de paradigma.

É importante ressaltar que um professor, ao se constituir com estas categorias não as revela de forma estanque na relação com seus alunos. Quando presentes na sua prática elas não podem ser fragmentadas, pois estão intrinsecamente imbricadas e são indissociáveis. Tal constatação nos remete ao fato de que nas transcrições há elementos de uma ou de outra categoria, e que, conseqüentemente, podem ser analisadas com esta ambigüidade. A indissociabilidade das categorias aparentemente dificulta a análise dos resultados, mas permite caracterizar se ações docentes são compatíveis com o perfil rogeriano. Ainda considerando a indissociabilidade das categorias de Rogers, avaliar de forma mais ampla o relacionamento interpessoal com o professor constitui um procedimento positivo para o seu desenvolvimento pessoal. Com base no estudo realizado por Lowman (2004), o professor necessita ter duas dimensões: a habilidade de criar um estímulo intelectual e a empatia interpessoal com os estudantes. No trabalho de Lowman, a combinação das duas dimensões (intelectual e empática) permite definir o estilo de professores segundo o Modelo Bidimensional de Ensino Universitário Efetivo.

Rogers busca discutir a criação daquilo que ele definiu como sendo as condições apropriadas para o afloramento de potências e essências existentes em cada indivíduo. Para ele, as pessoas, de um modo geral, apresentam em comum a característica de serem capazes de se autodesenvolverem sempre em direção ao melhor de si, tendo em vista as capacidades próprias inerentes a cada indivíduo (ROGERS, 1978). Segundo ele, todo ser humano tem um potencial de crescimento pessoal natural, que lhe é inerente para desenvolver todas as suas potencialidades de maneira a favorecer sua conservação e seu enriquecimento (ROGERS, 2009). Para tanto, é preciso que o docente atue reconhecendo as quatro categorias elementares na sua prática proporcionando estímulos para que seus alunos se desenvolvam autonomamente. Então, como docente preciso criar as condições favoráveis para o aluno descobrir o seu próprio caminho e percorrê-lo por conta própria. Considerando as lembranças dos alunos, é perceptível o encaminhamento de minhas atitudes nessa direção, como se observa nos depoimentos a seguir.

Q10- Com esse legado deixado pelo professor Hugo Cataud Pacheco Pereira tenho certeza de seja onde for que eu trabalhe conseguirei resolver os problemas dos

meus pacientes, independente da disponibilidade de outros recursos (ex: exames complementares). Também aprendi que como futuro médico nunca poderei deixar de estudar, porque assim a cada dia serei um médico melhor e conseguirei meu maior objetivo que é, acima de tudo, ajudar meus pacientes. [...]

Q19- [...] as visitas aos leitos, eram igualmente importantes, pois fomentavam o aluno a buscar por informações. [...]

5.1 EMPATIA

A empatia é considerada por Rogers como um dos principais elementos para que haja um clima adequado de aprendizagem. Quando o professor compreende as reações dos alunos, passa a perceber de que forma o processo de aprendizagem se estrutura. O professor que tem uma atitude de colocar-se na posição do outro, de ver os problemas através da ótica do aluno e de procurar sentir-se como este, atua de forma empática e angaria o seu respeito e a sua simpatia (ROGERS, 1985). A compreensão empática (ou atitude compreensiva) diz respeito à capacidade que o docente tem de compreender como o outro está vivendo, sendo capaz de ouvir a descrição da experiência que está sendo relatada sem fazer qualquer juízo ou julgamento. A empatia interpessoal refere-se à capacidade de o professor comunicar-se com os alunos de forma a aumentar a motivação, o prazer e o aprendizado autônomo (GIL, 2006). Alguns exemplos de atitude empática serão observados a seguir.

Na aula do dia 11/3/2010, A16 apresenta o caso de um paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica que desenvolveu um Acidente Vascular Cerebral e diversas complicações. Durante a discussão, são constatados os inúmeros problemas advindos dessa enfermidade silenciosa, abordando as medidas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, ressaltando-se a necessidade de educar o paciente. Entre as inúmeras considerações feitas pelos alunos ao longo da aula, A6 pondera:

A6- Agora vamos ter que educar o paciente para ele aderir ao tratamento.

P- É, e agora que ele tomou um susto ele sabe que a doença dele não é mais silenciosa. Provavelmente ele vai ter um motivo para aderir ao tratamento e o papel do médico vai além da prescrição. Ele terá que ajudar seu paciente a entender a sua doença e educá-lo para que possa se tratar adequadamente.

A opinião de A6 foi fundamental, pois o médico atua num processo que inclui educar seus pacientes. Ao emitir essa opinião, A6 demonstra a sua preocupação com o paciente e de maneira inconsciente salienta que a ação médica não se restringe a uma prescrição ou a solicitação de exames. Minha intervenção expõe a preocupação com uma prática médica que precisa ir além dessas medidas, pressupondo uma intensa relação empática entre médico e paciente. Durante a discussão é destacado o papel do médico no tratamento da hipertensão, a ideia de que mais importante do que prescrever medicamentos, o seu papel é ajudar o paciente a adotar um novo estilo de vida. Foram discutidas as medidas não farmacológicas, pois são mais baratas se comparadas à terapia medicamentosa e ao controle das complicações.

A aula do 11/03/2010 foi a segunda do primeiro semestre e, como constatado nas gravações, eu já havia guardado o nome da maioria dos alunos. Na aula do dia 5/8/2010, a primeira do segundo semestre, também se observa que eu já sabia o nome de todos. Saber o nome dos alunos e conhecê-los bem, procurando estimulá-los constantemente, é uma tarefa fundamental para a boa relação aluno-professor, preocupação que me acompanha há anos. Essa atitude reflete o apreço, a aceitação e a confiança nos alunos e relaciona-se, acima de tudo, ao carinho pelo estudante e se reflete na opinião dos acadêmicos, como transcrito abaixo.

Q4- Sem contar o esforço e dedicação que se tornaram modelo para todos nós. Até nas pequenas atitudes como nos reconhecer pelo nome e perguntar como vão as coisas [...]

Rogers preconiza que essas ações sejam uma constante na prática docente e que os alunos as percebam em todos os momentos. A identificação do aluno pelo

nome é essencial para que se estabeleça uma relação de confiança e respeito. Tal relação cria condições favoráveis à realização de questionamentos e exposição de dúvidas por parte dos alunos.

A29- Uma dúvida que eu tenho: Ele não deveria ter continuado a tomar doxazosina?

Os alunos precisam ser instigados e estimulados por seus professores a fazerem qualquer tipo de questionamento e, portanto, necessitam se sentir à vontade para fazê-los. Entretanto, é uma situação preocupante um aluno questionar se pode fazer uma pergunta, pois tal atitude reflete algum temor frente à postura docente. A única resposta cabível a esse aluno é que ele pode fazê-la, sem receio ou preocupação. Tal situação se revela na transcrição abaixo.

A6- Posso fazer uma pergunta?

P- É para fazer.

A6- Uma vez que o paciente toma ocasionalmente o captopril ele não pode simular aqueles picos hipertensivos de hipertensão maligna? O problema é que ele faz um pico hipertensivo e isto é mais nocivo. Então, o fato de ele ser hipertenso e tomar ocasionalmente o captopril não pode causar um dano maior?

Essa participação ativa dos acadêmicos no transcorrer da aula também pode ser observada nas memórias episódicas dos alunos, os quais trazem à tona em seus registros lembranças relativas à receptividade docente.

Q4- Outro grande ponto que se estende além da medicina é o fato de nos fazer falar e agir sem medo, jamais repreendendo-nos por mais absurdas as coisas que falássemos. Com certeza foram os dias que eu mais ansiei em estar no hospital e foi onde eu tive absoluta certeza que optaria pela medicina interna. [...]

Q3- Sabendo que para fixar determinado conteúdo necessitamos de conhecimento propriamente dito aliado com o afeto no momento em que esse é explanado. As aulas práticas onde o Prof. Hugo nos instiga a responder perguntas, desenvolver o

raciocínio clínico, procurando respostas para os casos clínicos é uma excelente forma para que esse processo ocorra. [...]

Ainda nessa aula, teço comentários sobre a história e o exame físico de um paciente apresentado por A4. Elogio a sua *performance*, mas recomendo que se siga sempre uma rotina ao examinar um paciente. Ao cobrar de A4 se ela tinha verificado os sinais vitais, procurei não inibi-la e aproveitei para chamar a atenção dos alunos para a necessidade de seguirmos uma rotina.

P- A4 você estava indo tão bem. Gostei tanto da tua história. Gostei do teu exame físico e do exame neurológico. Mas vamos lá. Vamos tentar não esquecer. O exame físico é geral.

A4- Ah! Sim

P- Ah! Ela fez. Então vamos lá.

A4- Os sinais vitais do paciente [...].

P- Então só vou chamar a atenção. Muito boa história. Muito bom o exame físico. Mas vamos procurar manter a rotina.

A atitude de ouvir e não reprimir um aluno durante seus questionamentos e posições é corroborada pela opinião emitida no questionário 13.

Q13 - O método exercido de sempre questionar o aluno, atrair a atenção e chamá-lo para aula nunca reprimindo suas respostas, por mais absurdas que estas fossem, me motivou a me desinibir para aumentar minha participação durante a aula.

A aula do dia 16/3/2010 foi emblemática, pois foi a última vez que realizei comentário sobre o meu pai. Ele seria internado dentro de uma semana e faleceria um mês após. Durante todo esse período meus alunos foram excepcionais, pois, além de me apoiarem emocionalmente, mantiveram um bom desempenho sem faltas ou perdas de aulas a despeito do momento difícil por que eu passava. A aula

começa com a apresentação do aluno A12, que faltou aos três primeiros encontros, pois estava no Canadá. Ele fez comentários sobre o sistema de saúde canadense, tecendo elogios ao hospital que visitou. A12 não se sentiu constrangido ou reprimido por mim e apesar de suas faltas terem sido computadas, ele se sentiu à vontade para expor a sua experiência no exterior. Entre as muitas observações feitas por ele, a que mais lhe impressionou foi o quarto privativo com banheiro para cada paciente, a limpeza e a organização do hospital público em que ele estagiou. Ele cita o contraste com o nosso hospital em que há de vinte cinco a quarenta pessoas no Serviço de Pronto Atendimento com um banheiro e uma enfermaria para cinco pacientes, e seus acompanhantes com um banheiro.

Diante do exposto por A12, aproveitamos para discutir o uso dos impostos na educação, na saúde e em outros setores no Brasil e foi abordado o mau emprego do dinheiro público nessas áreas nevrálgicas. Tomando como referência as declarações dos alunos é possível constatar que tais debates marcaram positivamente alguns dos alunos.

Q14- Além dos valores de vida e caráter, o Prof. Hugo me incentivou em relação a assuntos políticos e questões sociais, coisas pelas quais não tinha interesse e não dava muita atenção, porém de uma importância para nós formadores de opinião e que de certa forma temos alguma influência no meio social.

Q8- A principal influência positiva foi em relação à importância da relação médico-paciente, a importância de saber das reais capacidades do paciente em seguir terapias propostas devido às questões sociais, econômicas e psicológicas.

Q9- Nas aulas não só tínhamos discussões de casos clínicos, mas também sobre a imersão do médico na sociedade, nossa postura ética e nosso papel com cidadãos. Discussões essas que pouco temos durante toda a faculdade e que considero de extrema importância para o trabalho e para a vida.

Esses debates que emergiam em sala de aula, ainda que não pareça, tendem também à perspectiva de um ensino humanista, visto que, segundo as Diretrizes Curriculares, há necessidade de formarmos médicos atentos à realidade

socioeconômica de nossa população, críticos e reflexivos. Ao encontro dessa premissa, é possível constatar nas obras de Rogers uma profunda preocupação com as questões econômicas, sociais, raciais e culturais que permeiam a sociedade e a docência, e que essas fazem parte de uma aprendizagem significativa (ROGERS, 1978, 1980, 1985). “Numa cultura atingida por explosões raciais, violência, tensões internacionais insolúveis e todos os tipos de conflito, este instrumento para a melhoria da comunicação profunda é da maior importância” (ROGERS, 1970, p.158).

Na sequência da aula, A6 apresenta um caso de Lupus Eritematoso Sistêmico com envolvimento pleural. Após a apresentação são discutidos os métodos diagnósticos pertinentes à doença, como veremos no exemplo a seguir.

P- A4 quais são as incidências que você solicitaria quando faz um pedido de Raio x de tórax?

A4 – Raio X de tórax PA e perfil.

P- Que outra incidência você pediria?

A4 – Não sei professor.

P- Sabe, tenta se lembrar.

A4 – Decúbito lateral do lado cometido.

P- Não disse que você sabia A4. Então, ela vai pedir o decúbito lateral direito com raios horizontais. A5 qual é o nome dessa incidência?

A 5 – Não sei.

P- Alguém sabe?

Nenhum aluno responde, pois é uma questão difícil e que não é ensinada habitualmente. Apesar de saber que a incidência é denominada de Laurell, não dei a resposta e pedi que A14 pesquisasse o tema. Há muitos anos adoto essa postura, pois acredito que o papel de um professor não é dar respostas prontas, e sim estimular os alunos a buscá-las. Após trinta e cinco minutos de discussão sobre a investigação do lúpus, A10 faz uma intervenção.

A10- Mas mesmo antes da biopsia renal existem exames que podem ser feitos antes do procedimento.

P- Olha aqui ó. Isso é uma coisa importante. Se nós pedimos um monte de exames nós temos que saber por que é que nós pedimos um monte de exames. Se não nós estamos gastando dinheiro do estado ou do paciente.

A10, durante a discussão, observa que antes de certos procedimentos pode-se optar por exames complementares menos complexos, cruentos e invasivos. Sua observação também reflete uma preocupação com o paciente e com os custos de um sistema de saúde público ou privado. Na aula do dia 17/8/2010, novamente é estimular a preocupação com o uso incorreto de meios diagnósticos.

P- Antes de começar a pedir esta bateria de exames vocês tem que pensar. Médico tem que se habituar a pensar. Médico não é trabalhador braçal.

Ao colocar-me na posição dos alunos posso constatar o quão difícil é para eles tomar decisões tão importantes para os pacientes. Também observo a necessidade de pensar antes de tomar as decisões pertinentes ao diagnóstico e ao tratamento, pois como vivemos em um momento de grande desenvolvimento tecnológico, em muitos casos valorizam-se mais os exames complementares do que a história e o exame físico. Em várias ocasiões refletimos sobre esta situação e procuramos chegar ao diagnóstico através da história do paciente, usando os exames complementares como meio e não como fim, como se pode inferir no depoimento abaixo.

Q17- Durante tais encontros, tivemos a oportunidade de discutir casos clínicos, abordando sua fisiopatologia, diagnósticos, diagnósticos diferenciais e possíveis tratamentos. A forma com que as aulas foram expostas, descontraídas e dinâmicas, tornaram-se um momento único da faculdade de medicina, pois podíamos expressar nossas opiniões, fazendo com que o raciocínio clínico se desenvolvesse naturalmente.

No exemplo da aula do dia 1/4/2010, abordamos um caso de um paciente idoso que foi apresentado por A8. Nessa aula havia quatorze alunos, e a participação de todos foi marcante, tendo sido propostas inúmeras questões, e as decisões tomadas de forma concatenada. No exemplo abaixo observa-se uma intervenção na explanação do paciente de A8, oportunizando a cooperação em avanços conjuntos.

A8- AS, 80 anos, masculino, natural e residente na Ilha dos Marinheiros. O paciente relata que há um mês começou a apresentar, astenia, fraqueza e cansaço e que consultou em um posto de saúde da Ilha, tendo sido prescrito dipirona uma vez ao dia.

P – Pará! Vamos parar. [Risos]. Não! Vamos começar a conversar. Cansaço, fraqueza, astenia e adinamia é indicação para uso de dipirona A10?

A10- Não.

Apesar de parar a apresentação de A8 bruscamente, ele e os demais alunos não interpretaram minha atitude como agressiva ou punitiva e todos riram da maneira como interrompi a aula. Entretanto, reconheço que essa minha forma de agir pode gerar uma interpretação errada por parte dos alunos, pois propicia um clima de animosidade e temor e conseqüentemente prejuízo à aprendizagem. No entanto, contrariando essa possibilidade, A10 responde prontamente à questão apresentada. Conforme Zabalza (2004), a aprendizagem é um processo mediado pela interação com o meio e com as pessoas que fazem parte dele, especialmente professores e alunos, e tal comportamento pode inibir o aluno. Ao realizar uma indagação ou um questionamento, o professor precisa criar um cenário mental e um ambiente propício ao desenvolvimento autônomo dos alunos evitando atitudes que possam atemorizá-los (ROGERS, 1985).

No caso exposto há uma prescrição inadequada, e os alunos precisam identificar esse problema, pois uma medicação usada incorretamente pode ser prejudicial ao paciente. Na situação narrada havia sinais de que o paciente apresentava manifestações de doença consuptiva, especialmente câncer, e que o

diagnóstico principal não era uma doença infecciosa ou um caso de dor. Portanto, usar um analgésico e antitérmico era inapropriado para tratar o paciente naquele momento. Como os médicos são tomadores de decisões durante as aulas, procuro estimular meus alunos a questionar, criticar e pensar para que juntos possamos conduzir um caso corretamente e procuro insistir em que eles não podem ser meros receptáculos de informações. A transcrição a seguir reflete tal atitude.

P- Exame é complementar. Então, se olharmos os exames antes da história e do exame físico não faremos o mais importante para o trabalho médico, que é raciocinar para...

Vocês estão se formando para? Para tomar o quê?

A1- Para tomar decisões.

P- O médico deve então ter tempo para refletir e pensar no caso para então tomar as melhores decisões para o seu paciente

Também nessa aula, A17 apresenta um caso de hemorragia digestiva alta e os alunos e eu construiremos o diagnóstico a partir da história e do exame físico. Quando A17 relata o caso, questiono os alunos sobre as manifestações apresentadas pelo paciente e pergunto a um aluno sobre o tema. Ele imediatamente deu um diagnóstico de varizes esofágicas rotas. Foi então que sugeri:

P- Começa a considerar uma hemorragia digestiva alta. Não rotula o paciente. Porque na medida em que se rotula a gente começa a cometer erros.

Após fazer as primeiras considerações elaboramos os principais diagnósticos diferenciais e então questiono A23 sobre varizes esofágicas. A23 que havia faltado à aula anterior, pois participou de uma cirurgia abdominal, aproveitou para relatar o caso de um paciente com neoplasia esofágica que se apresentou com hemorragia digestiva alta e que foi submetido à ressecção tumoral. A23 faltou à aula com um grande propósito e foi incentivado a fazê-lo sempre que for mais proveitoso para seu aprendizado, pois nessas situações é possível realizar grandes aprendizagens, uma vez que terá a oportunidade de experimentar a situação ao vivo. Devo lembrar que

A23 deseja ser cirurgião e foi um dos alunos com menor número de ausências no semestre.

Os conhecimentos do professor são oferecidos como mais um recurso do qual o estudante pode se utilizar livremente na formação das suas competências, questionando os aspectos de relevância para a sua própria aprendizagem. Referindo-se ao fato de proporcionar ao aluno a liberdade para escolher e respeitando-o como pessoa, Carl Rogers afirma que “evitar-se-ia assim obrigá-lo ao conformismo, a sacrificar a sua criatividade e a levar a sua vida em termos estandardizados”. (ROGERS, 2009, p.269). Ainda nessa aula, é ressaltada a necessidade de associar teoria e prática e o quão importante é raciocinar no ofício do médico, o que pode ser observado no comentário a seguir.

Q18- Durante as aulas foi possível discutir diversos casos clínicos abordando o paciente de maneira mais ampla e objetiva. O estímulo à participação, o dinamismo e o clima de amizade foram o diferencial em relação à abordagem das demais disciplinas.

Q20- Esta abordagem diferenciada, na qual são discutidos aspectos biopsicossociais do paciente, é fundamental na prática médica. Assim, ao mostrar que o ser humano deve ser abordado de maneira integral, a disciplina de Clínica Médica II me estimulou a aprimorar minha capacidade de adaptar meus conhecimentos a realidades distintas, atributo essencial para o bom exercício da Medicina.

Essas transcrições evidenciam atitudes em que os alunos foram conduzidos a refletir sobre suas decisões, ao mesmo tempo em que possibilitam se sentirem livres para construir o seu conhecimento. O ato de pensar, discutir, refletir e expor opiniões é essencial para que o aluno se torne ativo na aula e deixe de ser um mero receptor de conhecimentos do professor. Conforme Rogers (1978, 1985), o professor deve atuar de forma descentralizada, e o estímulo à reflexão ajuda os alunos a libertarem-se do jugo do docente. A atitude empática é uma postura que valoriza o aluno e gera uma percepção de que o professor não é inquisidor e

jugador. As percepções dos alunos corroboram a visão acerca da conduta docente, conforme as respostas de alguns questionários.

Q1- Além disso, minhas considerações e opiniões sempre foram muito respeitadas fazendo com que minha insegurança e timidez fossem minimizadas. Enfim, acredito que a Clínica Médica II foi a mais importante disciplina do Curso (sem tirar o mérito das demais) porque me senti realmente valorizada, segura e com crescimento científico bastante importante.

Q8- Em relação às aulas, o método adotado de discussões de casos foi muito importante, pois não ficamos apenas ouvindo uma aula, mas sim participando, opinando, discutindo às vezes de forma descontraída, sem parecer com uma aula, mas com uma conversa (até mesmo os mais tímidos e introspectivos participavam).

Compreender empaticamente significa perceber o contexto interno de referência de outra pessoa como se fosse o próprio, com os seus significados e componentes emocionais, sem, contudo, perder a condição de *como se* (ROGERS, 1978). Na relação em sala de aula, a empatia envolve uma intensa dedicação e compromisso do professor em aceitar o mundo interno do aluno. Rogers (1980) assinala que para vivenciar o modo de ser empático, o professor necessita deixar de lado o seu próprio ponto de vista e valores para entrar no mundo do aluno sem preconceitos e sem julgamentos. Para ele, portanto, a empatia é muito mais do que uma técnica, ela é um “jeito de ser”, que requer sensibilidade constante do terapeuta quanto aos sentimentos e significados que estão sendo vividos pelo aluno. Mas para vivenciar este “jeito de ser” empático, o professor precisa pôr de lado o seu próprio eu, o que só pode ser feito por uma pessoa “suficientemente segura de que não se perderá no mundo possivelmente estranho ou bizarro do outro e de que poderá voltar sem dificuldades ao seu próprio mundo quando assim o desejar” (ROGERS, 1978, p.143). Portanto, a compreensão empática envolve uma atitude não avaliativa e de aceitação (isto é, de não julgamento). Com essa ação os alunos sentem-se compreendidos pelo docente e não julgados ou simplesmente avaliados por ele.

Na aula do dia 10/8/2010 faço uma introdução ressaltando a importância da relação médico-paciente. O interesse, o respeito, a responsabilidade e a vontade de resolver os problemas do paciente norteiam a nossa prática. É discutida também a situação da saúde pública e da educação médica no Brasil e observo como os pacientes que abarrotam as emergências são tratados sem humanidade e dignidade. Abordo também a necessidade de o aluno ser autônomo na construção de seus conhecimentos. Como exemplo dessa atitude, é focalizada a abordagem inicial da aula em que solicito a um aluno que faça um resumo do caso apresentado na aula anterior.

P- Quem é que quer fazer um briefing do caso da A17. O que é um briefing? Um breve resumo. Alguém gostaria. A19 faz um resumo bem rápido.

A19- Professor eu não me lembro de detalhes.

P- Eu não quero detalhes. Tenta lembrar do caso.

A19- É um paciente masculino e ele chegou com hematótese e melena. Ele consultou antes no SPA da FURG e aí depois ele consultou em outro lugar onde foi receitado um anti-helmíntico. Ele não satisfeito, continuou com a melena, aí ele foi a um postinho com uma amostra de melena e então foi internado nesse hospital.

P- Então um breve resumo.

Na aula do dia 25/5/2010 foi feito o mesmo exercício de pedir que o aluno expusesse um resumo do caso apresentado. Como A2, A3 e A5 não haviam vindo à aula passada, não poderiam fazer o resumo, então peço que os demais tentem.

P- Quem vai fazer o briefing do caso da semana passada.

A7- Eu não me lembro.

P- Não lembra? Vamos tentar lembrar. Para fazer o exercício. Quem vai tentar lembrar? A16 faz um briefing do caso. Um breve resumo.

A16- Era um homem de 69 anos, ele tem diabetes mellitus, chegou pálido, magro, com dispnéia e cansaço. Ele tinha anemia, dispnéia progressiva e negava febre, tosse ou dor torácica. Teve um adelgaçamento de aproximadamente 11kg. Aí se suspeitou de uma neoplasia de cólon.

P- Perfeito, foi exatamente a discussão do caso.

Essa atitude de colocar-se no lugar do estudante, de considerar o mundo através de seus olhos, precisa ser incentivada na sala de aula. Se um aluno diz *não sei* ou *não lembro*, o professor que tranquiliza e incentiva seus alunos está proporcionando um momento de aprendizado. Quando tal atitude está presente na prática docente, verifica-se um enorme efeito de libertação para os alunos, determinando um campo fértil para a aprendizagem (ROGERS, 1978; 2008). Importante referir que uma postura empática pode ser aprendida com pessoas empáticas. Professores, terapeutas e pais, por exemplo, podem desenvolver a empatia através de treinamento e uma prática (ROGERS, 2009). Tal prática implica uma ação positiva com alunos, pacientes e filhos, determinando profundas mudanças na relação entre esses atores.

Do mesmo modo que as falas transcritas acima demonstram que o professor estimula a exposição dessas e de outras opiniões, as transcrições abaixo refletem a capacidade docente de lidar com as limitações dos alunos diante da necessidade de tomar decisões sem criar uma atmosfera de medo, caracterizando um processo de comunicação aberto e receptivo, aproximando-se da perspectiva rogeriana.

A atmosfera da aceitação da situação, facilita grandemente ao indivíduo, o reconhecimento de todos impulsos e atitudes. Não existe a habitual necessidade de rejeitar os sentimentos que são socialmente inaceitáveis ou que não estão em conformidade com o eu ideal. (Rogers, 1987, p.176)

Na aula do dia 2/9/2010, discute-se um caso de um paciente que permaneceu 15 dias internado no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital Universitário (HU), período em que não foram feitos exames diagnósticos e nenhuma medida terapêutica foi adotada para tratar o seu pé necrosado. É abordada a situação do HU como instituição de ensino e saúde, em que talvez o maior problema seja o comportamento das pessoas. O paciente, ao ser internado na enfermaria, apresentava-se séptico, toxêmico, com insuficiência renal e grande área de necrose de membro inferior. É discutido inclusive o filme *Dança com Lobos* para exemplificar

como se tratava um caso de necrose em membro inferior e como os meios terapêuticos eram ínfimos. Então, relaciona-se a situação vivida pelo paciente que quase morreu, e que teve sua perna amputada. Os alunos viram o caso e se recordam da grave situação vivida pelo paciente. A percepção dos alunos em relação aos temas, simples ou complexos, pode ser avaliada nas opiniões que seguem.

Q15 – Em certo momento de minha formação tive a minha melhor aula da faculdade, dia em que o senhor falou sobre a morte e essa passagem do ponto de vista médico e do paciente. Muito Obrigado Professor.

Q17- As aulas práticas que o Prof. Hugo ministrou contribuíram de forma profícua para a minha formação médica. [...] A larga experiência clínica, aliada à didática do prof. Hugo, enriqueceram minha formação, principalmente pela forma simples de abordar pacientes tão complexos.

Durante a aula, além do caso apresentado discutimos sobre diversos temas incluindo doença das vias biliares, sepsis, robótica entre outros. Foi uma aula em que falei muito, mas sempre estimulando e incentivando os alunos a participarem. Nessas situações consigo perceber-me como um docente que atua conforme os preceitos rogerianos a despeito de ainda ser o centro da aula. Segundo Tardif (2003), para Rogers o modelo da prática docente é sustentado por uma educação embasada numa atividade afetiva, alicerçada numa relação professor aluno de respeito e confiança que promove um ambiente facilitador para o ensino, como pode ser constatado abaixo.

Q19- Creio que também foi importante o espaço livre para as manifestações, num ambiente de cordialidade e respeito, em que se podia, sem pavor, avançar na complexidade do quadro [...].

Conforme Rogers enfatiza, a atenção ao aluno é essencial para que o professor o conquiste e transforme a sala de aula em um lugar agradável e prazeroso. Sua teoria educacional é toda baseada em uma ação docente descentralizada da figura do professor, de modo a proporcionar aos alunos liberdade e autonomia para construir seus conhecimentos. Ouvir, permitir a participação, compreender e dar atenção ao aluno é fundamental para que este se sinta à vontade e estimulado. Em contrapartida, ações como destratar, inibir e reprimir são nocivas para a relação professor-aluno e para a constituição de um cenário propício ao desenvolvimento dos estudantes. Carl Rogers preconiza que o processo de ensino e aprendizagem seja centrado nos alunos, e este perfil é um dos fundamentos da educação humanística.

5.2 CONGRUÊNCIA

Para Rogers a aprendizagem pode ser facilitada quando o professor for congruente. Isso significa que o professor precisa ser a pessoa que é e que tenha plena consciência das atitudes que assume. O professor é uma pessoa, não a encarnação abstrata de uma exigência curricular ou um canal estéril através do qual passa saber de geração em geração (ROGERS, 2009, p. 331). Conforme pode ser observado nas transcrições abaixo, há alguns exemplos de um comportamento autêntico.

Início a aula do dia 25/3/2010 parabenizando os alunos por terem chegado no horário e pela participação de todos. A discussão é iniciada com análise de um documento da Secretaria de Saúde do Rio Grande que proíbe a investigação de neoplasias no Hospital Universitário. Insisto que é obrigação de todo médico fazer o diagnóstico de qualquer neoplasia e que não podemos ser cerceados desse exercício. Ressalto que o mais importante para exercer o nosso ofício são os meios oferecidos pelo SUS para que se possa atender com dignidade e humanidade todos os pacientes. Vale enfatizar que na nossa disciplina temos que aprender a diagnosticar e a tratar paliativamente os pacientes com neoplasia.

P- Por que eu não quero que nenhum de vocês saibam tratar câncer? Por que eu também não sei. Não quero que vocês saibam radioterapia, oncologia clínica ou cirurgia oncológica. Mas eu quero que vocês saibam tratar paliativamente um paciente com câncer.

P- Vocês nunca sabem o que o professor quer. O que é que aquele louco quer quando ele faz essa pergunta?

Na sequência, A 13 apresenta um caso de edema generalizado e passamos a discutir as causas de anasarca. A construção do diagnóstico é feita primordialmente com a história, o exame físico e a análise fisiopatológica de cada uma das condições relacionadas ao edema, que são discutidas. Esse processo é baseado em uma ação docente que privilegia a autonomia do aluno na construção de seus conhecimentos, como pode ser percebido na transcrição que segue:

P- Esse é um edema generalizado que pode ser chamado de...

Um aluno responde baixinho, sistêmico.

P- Quem falou?

A13 - Eu.

P- A13. Sistêmico, este é um distúrbio sistêmico [...] Consequentemente, fisiopatologicamente o que é que está alterado A2.

A2- Pode ser diminuição da pressão oncótica ou aumento da pressão hidrostática.

P- Ponto

Ao escutar essa gravação, percebemos como os alunos ainda temem se expor, a despeito de eu lhes afiançar que podem e devem fazê-lo sem receios. É possível inferir que esse comportamento advém de experiências anteriores que os condicionam a manterem-se em silêncio. Em diversas situações, ressalte-se, a nossa sala de aula mimetiza um simulador e nossos erros não geram iatrogenias ou malefícios aos pacientes podendo ser cometidos sem receio. Insisto que é melhor errar nesse momento do que depois quando eles estiverem formados. Aliás, vale

lembrar que tanto A2 quanto A13 não erraram e o que se percebe é que eles têm receio de falar no grupo ou para o professor.

Na aula do dia 10/8/2010 há um exemplo de como me comporto frente a situações que poderiam levar a um conflito com os alunos. Durante a discussão, ao perceber que A28 não entendeu a pergunta, porque foi mal feita, estou criando um clima de respeito em sala de aula. Considero difícil reconhecer que cometi um engano, mas tal atitude é essencial para que os alunos percebam que também o professor é falível como eles. Quando o professor foge da ditadura dos conteúdos e assume a sua condição humana, ele poderá atuar empaticamente e com autenticidade. Por exemplo, assumir seus erros e procurar repará-los sem receio ou vergonha é fundamental na prática docente. Ser genuíno, ou honesto, ou coerente, ou real significa ser assim a respeito de si próprio (ROGERS, 1985, p. 133).

A28- Eu não entendi a pergunta.

P- Vocês vão ver que há perguntas que são mal feitas. Essa foi uma pergunta mal feita. Uma pergunta mal feita da margem a muitas respostas. [...] Então eu deveria ter feito a questão voltada para o câncer gástrico. Me desculpa, fiz uma pergunta errada.

No dia 17/8/2010 há outro exemplo em que exponho minhas limitações ao dizer que não sei responder a uma questão. Sem rodeios digo que não sei e proponho estudar o problema para responder em outro momento. Essa situação se repete inúmeras vezes ao longo do ano e, ao invés de criar uma sensação de insegurança nos alunos, ilustra a necessidade de o professor estar sempre pronto a aprender. Em todas as ocasiões me senti fortalecido e sempre respeitado por meus alunos. Nesses momentos entendo que minhas atitudes convergem para a perspectiva de um professor sincero, autêntico, que atua sem uma máscara e que tem os elementos que salientam a relação aluno-professor facilitando o processo de aprendizagem (ROGERS, 1978).

P- Eu sinceramente não sei te responder essa pergunta.

Na aula do dia 8/4/2010 é enfatizada a necessidade de os alunos aprenderem sozinhos e o dever de estudar sem que sejam cobrados por seus professores. Que eles precisam ter o hábito de construir os seus conhecimentos sem um tutor presente por todo tempo e inclusive lembro que podem ensinar a seus professores, uma vez que as informações são acessíveis com facilidade por todos. Na era da informação, as verdades de hoje se transformam rapidamente nas mentiras de amanhã. Portanto, o professor não é mais o dono da verdade e não pode se comportar como o único capaz de repassar informações.

P- Não esperem ser cobrados pelo professor. Se cobrem, que é melhor do que eu ficar cobrando de vocês.

P- Vocês têm que ter o hábito de desconfiar das informações que são dadas. Vocês têm que ter o hábito de ir atrás, de correr atrás das informações e até corrigir seus professores.

Quando o professor atua com humildade consolida-se um relacionamento autêntico e transparente com o educando (KERR, 2005). A autenticidade é, então, uma atitude que acontece quando o docente tem acesso aos seus sentimentos e experiências e é capaz de viver e ser esses sentimentos no relacionamento. O professor é ele mesmo e pode exprimir o sentimento que existe dentro de si de uma forma transparente. A atitude de ser ele mesmo – verdadeiro – no relacionamento ajuda a efetuar a mudança que ele e seus alunos desejam. A autenticidade será a principal ferramenta do educador que conduzirá o aluno à aprendizagem significativa e humanística. Tal atitude pode ser observada na transcrição da aula do dia 23/3/2010 e 17/6/2010, respectivamente, e nas opiniões dos alunos.

P- Ontem no SPA eu contei. Havia trinta e oito pacientes internados e duas pessoas deitadas no chão. Vocês acham que isso é digno? Vocês acham que isso é bom? Vocês imaginam de manhã? Eu imagino xixi e cocô de manhã. Vocês imaginam quarenta pessoas querendo fazer xixi e cocô de manhã num banheiro só.

A3- E tem mais os acompanhantes. É muito triste

P- O mais importante não é ficar massageando o ego. O mais importante é acertar a conduta que leva ao diagnóstico. Qual é a conduta que eu adotei? É a conduta adequada que leva ao diagnóstico certo. Que vai levar a uma terapia adequada. Que vai levar à melhora do paciente. Esse é o nosso grande objetivo.

Q16- Acredito que o Prof. Hugo também contribuiu em muito com seu conhecimento técnico e humanístico, fazendo com que víssemos o paciente além de uma doença, em seus aspectos socioeconômicos e culturais.

Q15 – O senhor exerceu influências extremamente positivas sobre a minha formação de diversas formas, com sua sabedoria técnica imensa, mas principalmente no pensamento clínico e na relação médico-paciente da qual uso este conhecimento para formar o meu “ideal médico”.

Q7- Além disso, o professor Hugo nos ensinou a ver o paciente como um todo, analisar onde vive, o ambiente da internação, os antecedentes familiares, para assim englobar e entender como ele se apresenta realmente para nós, a fim de poder ajudá-lo. Influenciou-me a querer uma medicina justa, de qualidade, em que todos possam usufruí-la.

Rogers (1959) define congruência como um estado de acordo entre o autoconceito de um indivíduo e as suas experiências. Uma pessoa está congruente quando as suas experiências podem ser simbolizadas na consciência sem distorções ou negações, ou seja, a pessoa congruente é uma pessoa sem defesas, aberta à totalidade da sua experiência. Na sala de aula, a congruência do professor é uma das condições essenciais para a promoção da mudança terapêutica. O professor está congruente na relação com o aluno quando ele está sendo livre e profundamente ele mesmo, sem fachadas, sem defesas; quando ele está vivenciando abertamente os sentimentos e atitudes que estão fluindo de dentro dele. Ou seja, o professor é congruente na medida em que é real e genuíno na relação com os alunos.

5.3 ACEITAÇÃO

Quando o professor é capaz de aceitar o aluno tal como ele é e de compreender os sentimentos que ele manifesta, é possível agir empaticamente e, paralelamente, como facilitador e mediador. A aceitação é uma estima pelo aluno, mas uma estima não possessiva. O professor facilitador que atinge esse nível pode aceitar o temor e a hesitação do aluno que enfrenta um novo problema (ROGERS, 2008, p. 149) e então respeitar seu aluno. Valorizar o aluno como um indivíduo imperfeito, dotado de sentimentos e potencialidades, expressa a fé e a confiança do professor no seu aluno e no seu “*metier*”. A valorização do aluno como um ser humano imperfeito, com muitos sentimentos e muitas potencialidades é uma expressão de confiança do professor e reflete uma atitude essencial para a aceitação (ROGERS, 1978). Tal comportamento cria um clima na sala de aula que respeita a integridade do aluno aceitando suas opiniões, atitudes e sentimentos (ROGERS, 1951).

Na aula do dia 25/5/2010 há dois momentos que refletem essa qualidade. O primeiro ocorre quando um aluno não consegue responder a uma questão e permanece congelado, estático e em silêncio. O silêncio de A14 foi marcante. A14 é um aluno introvertido e com grande potencial, mas que, em várias ocasiões, congelou ao ser questionado. Ao “ouvir” o seu silêncio e não destrutá-lo, acredito que conquistei o seu respeito e dos demais alunos.

P- A14 qual é a outra causa?

A14- Silêncio

P- Colelitífase ou...

A14- Silêncio

P- Tenta lembrar A14.

A aceitação ocorre quando o facilitador deixa o julgamento de lado e compreende o educando, tornando a aprendizagem significativa. Quem possui essa habilidade não classifica o aluno, antes, integra-o ao grupo. Possui a capacidade de olhar sob o ponto de vista do outro, e isso será de extrema importância para a

aprendizagem. Colocar-se na posição do outro, olhar através do ponto de vista do estudante é fundamental para a aproximação do facilitador e do aluno. Então, o papel do professor facilitador, na visão de Rogers, é ajudar de forma permanente os alunos a aprenderem sem impor ou julgar (HESS, 1983).

A segunda situação refere-se à falta de atenção dos alunos na aula. Eles terão uma prova, e a aula não progride conforme o habitual. Expus a minha insatisfação com a situação e procurei ressaltar a importância de eles participarem das aulas mesmo em época de prova.

P- É melhor vocês ficarem preocupados em aprender. A prova é só uma foto que eu vou tirar de vocês. Ela pode ser boa, pode ser ruim. O que importa é o filme. É o que fazemos todos os dias.

A prova não é um bom parâmetro para a avaliação de vocês.

O mesmo fenômeno repete-se na aula do dia 10/6/2010 e, a despeito da ansiedade e da agitação, a aula progrediu sem problemas. Ao terminar eu lhes digo:

P- Vocês têm prova hoje. Eu sei que prova é uma coisa que apavora vocês e por isso vocês ficam tão agitados e preocupados [...]. Vamos lá moçada. Vocês vão fazer uma prova boa. Boa prova para vocês. Cuidado, e terça-feira nos vemos.

Respeitar o silêncio, as ansiedades, os medos dos alunos é fundamental para que a aula se desenvolva em harmonia. É necessário ressaltar que os professores detêm um poder na sala de aula que, se utilizado de forma incorreta, pode gerar a sensação ao aluno de que está sendo oprimido, e tal conduta deve ser refutada, pois vai contra as premissas de Rogers. Rogers afirma que é importante a sensibilização, a afetividade e a motivação como fatores atuantes na construção do conhecimento. O autor também salienta que motivar o aluno é mostrar que ele é partícipe da construção da aula, isto é, das suas situações de aprendizagem. Isso se revela nas falas da aula do dia 10/6/2010. Foi a 27ª do semestre, e a iniciamos com uma visita à enfermaria. Após retornarmos à sala de aula, os alunos aproveitaram para criticar e dar sugestões para a disciplina. Entre as sugestões constam:

P- Uns vinte slides para a apresentação clínica e mais uns quarenta slides, o que dá uns sessenta e cinco slides, tá bom para uma revisão. Acho que é bom.

A3- O que é que deve ter na aula? O conceito, as causas, a fisiopatologia, o diagnóstico e o tratamento. Não adianta o senhor ter na epidemiologia dez slides. Não vai acrescentar tanto assim à aula.

P- Acho que a ideia é esta.

A3- Acho que o objetivo não é fazer a revisão do Medcurso. Cento e quarenta slides por exemplo. Nosso objetivo é uma revisão.

P- O maior momento da aula teórica é a discussão do caso clínico.

A6- Tem muita gente que vai para assistir o caso clínico, porque gosta e depois quer ir embora.

5.4 PERFIL FACILITADOR

A empatia, a congruência e a aceitação são categorias essenciais para que o professor atue como facilitador e mediador da aprendizagem. O foco da atenção do facilitador está na sabedoria interior de cada pessoa, e ele confia também na sabedoria intuitiva do indivíduo através do exercício de reflexão da realidade presente. Os facilitadores na abordagem centrada na pessoa procuram ouvir “o outro”, sentir o grupo e seus fluxos. Vale lembrar que o propósito do facilitador é o estabelecimento de um ambiente em que se possam ouvir não apenas as mentes, mas também os corpos, os espíritos, e as emoções.

Pelo seu caráter essencial e naturalmente humano, a teoria de Carl Rogers contém algumas respostas para os problemas que desafiam educadores em todos os níveis de ensino. Segundo o autor, o professor que descobre, na sua autenticidade, um caminho facilitador para a “aprendizagem significativa”, propicia aos estudantes um ambiente de liberdade, cooperação e questionamentos conduzindo-os a ser o centro de todo esse processo.

Os exemplos abaixo tentam evidenciar o caráter mediador no processo de ensino e aprendizagem na nossa sala de aula. Ao iniciar a aula do dia 3/6/2010, lembro aos alunos que o semestre está terminando e que a participação deles foi essencial para que o método adotado em nossas aulas fosse bem-sucedido. Após esta breve introdução nos dirigimos à enfermaria e realizamos a visita médica. Ao término do *round*, retornamos à sala de aula para discutir um caso de glomerulonefrite.

P- Faltam três aulas e nós vamos ter que conversar um pouquinho sobre o que nós fizemos. Na verdade não houve uma aula formal. Não havia conteúdo. É uma grande anarquia.

A11 – Mas foi bom.

P- É uma anarquia organizada e serve para vocês começarem a raciocinar e a tomar decisões. A gente tem que começar a raciocinar. O que é que eu fiz de errado? O que é que eu fiz bem feito? O que é que eu posso fazer melhor? O que é que eu não devo fazer?

A aula do dia 11/5/2010 foi iniciada com a apresentação das xantinas, e relembro minha primeira experiência como estagiário no Hospital Municipal Souza Aguiar. O primeiro plantão na emergência do Souza Aguiar foi uma vivência inesquecível, e entre as situações lembradas cito a aula dada pelo Dr. Edward Coutinho sobre as xantinas às quatro horas da madrugada. Após fomos à enfermaria e ao retornar passamos a discutir um caso de colecistopatia.

P- Agora nós fizemos o diagnóstico de doença hepática. Nós não vamos repetir a aula de doenças hepáticas. Nós vamos migrar para as colecistopatias. Porque você está preocupado, A10? O que é que te chama atenção neste caso?

Rogers apontou, dentre as principais características do facilitador: o pouco desejo de julgar ou manipular os pensamentos e ações dos outros; a atitude de não persuadir interpretar ou manipular o grupo; a capacidade de se abrir para o outro e aceitar verdadeiramente suas diferenças; e a atitude ativa (não passiva) do

facilitador em compartilhar suas potencialidades e habilidades (ROGERS, 1978). O estímulo a pensar sobre o caso clínico pode ser observado na opinião de Q7 e de Q13 e na transcrição da aula do dia 14/9/2010, apresentadas, respectivamente, abaixo:

Q7- [...], pois no decorrer do ano pudemos discutir inúmeros casos clínicos, analisando causas, diagnósticos diferenciais, diagnóstico clínico e laboratorial e tratamento de enfermidades que me auxiliaram durante os 2 últimos anos de faculdade e farão a diferença quando estarei exercendo a medicina futuramente. [...]

Q13- Além do método, o Sr. me ensinou a tratar pacientes como pessoas, seres biopsicossociais, que sofrem, que estão fragilizados, sem nunca menosprezar os consensos de medicina, a melhor técnica [...].

P- Ouvindo essa história nós podemos pensar em quê?

Os alunos discutem entre eles e,

A23- Tromboembolismo pulmonar.

P- Tudo bem. Podemos pensar em TEP e em...

A27- Infarto do miocárdio

P- Claro.

A *priori*, os facilitadores estão constituídos de autoridade. Essa autoridade é atribuída por uma suposta competência, e ela é necessária, pois são os facilitadores que possibilitam a existência de uma harmonia em sala de aula. Contudo, no contexto grupal, o facilitador procura superar essa posição de autoridade institucional para que ela não impeça o movimento do grupo. Ele entende que o poder atribuído pelo sistema social não lhe pertence. O poder do facilitador precisa estar a serviço do exercício e da construção da singularidade da realidade grupal (CANTARELLI, 2005). Tal condição pode ser sustentada a partir dos comentários a seguir.

Q2- O professor Hugo contribuiu positivamente em minha formação, na medida que associou grande conhecimento médico à capacidade didática, incluindo as questões da ética médica [...]

Q5 – Aprendi a ouvir e ver o paciente como um todo, dando importância a tudo que ele me contava em uma anamnese. Ser sempre atencioso com as pessoas, procurando ajudá-las de alguma maneira foi outro ensinamento importante. Procurar atualizar os conhecimentos a todo instante para assim conseguir resolver os problemas.

Q8- O conhecimento era compartilhado e com certeza o aprendizado foi maior. Lembro ainda que discutíamos condutas, tratamentos levando em conta a teoria, o preconizado em livros, consensos e diretrizes, mas também relacionávamos a nossa realidade que nem sempre dispõe de todos os meios. Foi uma disciplina de muito crescimento, grande aprendizado e na qual o Prof. Hugo contribuiu muito não só em relação ao conhecimento, mas também com os valores e a ética.

Para o docente conseguir um bom desempenho como facilitador, é preciso ter ou desenvolver as condições que Rogers entende como fundamentais para uma prática docente humanística. A autenticidade, qualidade que conquista o respeito dos alunos, é uma condição *sine qua non*, ou seja, sem ela o docente não será capaz de desenvolver as demais. O docente facilitador precisa aprender primeiramente a ser autêntico consigo mesmo e só depois expor aos alunos seus limites, suas dificuldades. É necessário deixar cair a máscara do educador bonzinho, compreensivo, tolerante; ser verdadeiro sem transferir suas próprias frustrações para os alunos. É preciso se mostrar pessoa como ele também é: com defeitos e qualidades, sentimentos e desejos, alegrias e tristezas. Essa transparência conquista a confiança e o respeito dos alunos (KERR, 2005). Nesse sentido a opinião que segue corrobora tal percepção:

Q3- Saliento que nosso professor nunca demonstrou interesse em ser soberano aos seus alunos e sim nos incentivando a cada resposta certa. [...]

A aceitação e a confiança significam ter carinho e respeito pelos alunos, por tudo que eles representam. Considerar suas ações e reações, e aceitá-los como pessoas reais como você. O facilitador confia nestes indivíduos em formação, que possuem qualidades e defeitos, em busca de satisfazer suas aspirações desejos e ansiedades, como qualquer ser humano. Na transcrição acima pode-se observar que Q3 faz comentários que só podem ser feitos em um ambiente de confiança. Se por acaso os alunos não tiverem essa percepção, dificilmente farão qualquer comentário e não participarão das aulas. Cabe ao professor incentivar tal conduta, garantindo voz aos alunos, incentivando-os, instigando-os e desafiando-os, conforme as respostas abaixo.

Q12- Acredito que os conhecimentos mais importantes foram sobre como lidar com o paciente, com o ser humano que procura o médico em busca de ajuda e que espera muito mais que um diagnóstico e uma prescrição. Aprendi não só a ser um melhor médico, mas sim a ser um médico bom para o paciente.

Q14 – Além disso, nos ensinou a montar e esquematizar o raciocínio clínico, motivou os alunos ao estudo e principalmente a atender, a dar atenção e a tratar as pessoas da melhor forma possível (como se fosse nosso pai ou nossa mãe). Foi um período de muita produtividade e aprendizado, valeu muito a pena.

Q16- [...] prevalecem muito em meu pensar os aspectos positivos, sejam eles técnicos (como médico) ou pessoais (amizade, caráter, bom-humor e receptividade) e dizer que com certeza é um dos professores que mais nos influenciou na faculdade e que muitos o têm como exemplo e inspiração. [...]

Como Tardif (2003) destaca, os componentes afetivos são privilegiados na teoria rogeriana, assimilando o ensino a um processo de desenvolvimento pessoal ou mesmo a uma terapia. As aulas devem ser um momento rico em afetividade em que os alunos podem se expor. Nesse contexto, o professor necessita evitar ser o

centro do processo de ensino e de aprendizagem e permitir que os alunos se manifestem sem temor.

É importante ressaltar que o médico é um tomador de decisões, que precisa estar preparado para encarar casos simples e complexos, sendo necessário decidir baseado em evidências e pautado em bom senso. Para alcançar tal objetivo, os alunos devem ser constantemente instigados a tomar decisões, pois as suas vidas serão repletas de dúvidas e incertezas. Ao se sentirem preparados ao término do semestre e, especialmente, estimulados a estudarem o resto da vida, os alunos terminam a disciplina com a noção de que terão que aprender ao longo do exercício de sua profissão. A transcrição da aula do dia 17/6/2010 ilustra essa preocupação.

P- Novamente eu vou insistir. O exercício que nós temos feito aqui não é para acertar o diagnóstico difícil. Não é para vocês conhecerem Mirizzi, Hand-Schuller-Christian, Letterer-Siwe, Gaucher. Não! O exercício é para vocês tomarem a melhor decisão. Eu insisto. Mais do que acertar o diagnóstico, mais do que acertar a causa, é acertar a conduta. A conduta diagnóstica e terapêutica. É isso que nos importa.

Carl R. Rogers enfatiza entre os seus “princípios de aprendizagem”, baseados na própria experiência como terapeuta, a importância de um educador consciente de suas atitudes, bem como sua capacidade de compreender os sentimentos e as reações do seu aluno, ou seja, a importância de ser uma pessoa real, “não a encarnação abstrata de uma exigência curricular ou um canal estéril do qual o saber passa de geração em geração” (2009, p.265). Para o autor, o objetivo maior da educação, e conseqüentemente do educador, é facilitar a aprendizagem, é proporcionar as descobertas e o conhecimento com significação pessoal, uma vez que todo ser humano apresenta uma tendência natural e particular para aprender, como se observa no comentário de Q11:

Q11- A didática utilizada em suas aulas, através da busca de um maior interesse do aluno e maior participação nas discussões de casos clínicos, trouxe mais conhecimentos e a vontade de aprender e buscar ainda mais, seja com relação aos conteúdos ou na história de cada paciente, individualizando as condutas. Sem

dúvida foi de fundamental importância na minha formação, influenciando inclusive na decisão de minha futura especialidade a tão maravilhosa Medicina Interna.

No exposto acima é possível observar que procuro ajudar meus alunos a entenderem que eles são os principais responsáveis pela construção de seus saberes. Ao ouvir as gravações pude constatar que estou ressaltando a necessidade de os alunos serem autônomos e independentes na construção dos seus saberes e que eles terão uma longa caminhada na busca do conhecimento. Portanto, para mim ficou claro que mais importante do que passar informações é estimular comportamentos que caracterizem a autonomia do aluno na busca do saber, pois como refere Paulo Freire, o professor não deve ser um mero depositário do conhecimento, e o aluno um receptáculo de seus saberes:

Quanto mais vá “enchendo” os recipientes com seus “depósitos”, tanto melhor educador será. Quanto mais se deixem docilmente “encher”, tanto melhores educandos serão. Desta maneira, a educação se torna um ato de depositar, em que os educandos são os depositários e o educador o depositante (FREIRE, 1985, p.66).

6 CONCLUSÕES e CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesse momento, faz-se necessário retomar o objetivo geral desta pesquisa, que é reconhecer o perfil humanista preconizado por Carl Rogers na minha prática docente como professor da Disciplina de Clínica Médica II. Os objetivos específicos foram: identificar na minha prática pedagógica os preceitos de Carl Rogers: a empatia, a congruência, a aceitação e o perfil facilitador; identificar as contribuições e influências do docente para a formação de um médico com perfil humanista tendo como referência a perspectiva discente; e refletir sobre a contribuição de Carl Rogers, um dos autores da corrente humanista, no processo educativo do ensino médico.

Face à pergunta acerca do objetivo acima ter sido atingido, **infere-se que sim**. Mesmo não obtendo os resultados na dimensão desejada, julgo ter atingido em nível satisfatório, considerados os limites e as dificuldades inerentes a um trabalho como este. Conforme os dados gerados, pode-se observar que de fato eu atuava, na maioria das vezes, sob a ótica da teoria rogeriana, pois em relação às qualidades que Rogers enfatiza, encontrei-as em inúmeras oportunidades na minha prática.

A pesquisa enfrentou um desafio epistemológico importante, uma vez que implicou realizar um estudo da prática docente sob a perspectiva da metodologia qualitativa, o que era totalmente desconhecido por mim. Embora aparentemente superadas as dificuldades do estudo qualitativo, tenho a nítida impressão de que ainda há muitos obstáculos a ultrapassar.

Destaco que em todos os momentos deste estudo procurei a isenção, o que é muito difícil para quem está se avaliando e precisa ser crítico e rigoroso consigo mesmo. Nessa forma de investigação há sempre o risco de o pesquisador direcionar o seu olhar interpretativo para as situações favoráveis ao seu desempenho, oportunizando assim a possibilidade de manipular os dados em prol do resultado almejado. Ciente dessa possibilidade, busquei evitar qualquer viés no sentido de privilegiar a avaliação docente.

Importa aqui lembrar que o processo interacional alunos-professor em nossa sala de aula é sujeito a incontáveis situações inopinadas, que não estão previstas uma vez que não há um *script*, tema, conteúdo ou assunto predeterminado dirigindo a minha atuação. Especialmente por se tratar de uma aula cuja metodologia envolve

a ABP, e essa aula não é como um filme ou uma peça que tem um diretor dirigindo ou corrigindo cada ato. É uma aula em que a espontaneidade brota e comanda o processo e, portanto, não é possível controlar emoções e condutas a fim de atender a um resultado previamente estabelecido.

Saliento ainda que, diante da necessidade de ampliar o processo de interpretação alicerçado na subjetividade, foi imprescindível um olhar recursivo, com vistas a retomar as transcrições e as memórias episódicas dos acadêmicos em função de lidar com lacunas e equívocos perceptuais. Ressalto também que a análise da prática docente nesta pesquisa não levou em consideração a avaliação dos meus conhecimentos técnicos e didático-pedagógicos, mesmo que a exposição do meu discurso aconteça envolvendo esses domínios. Procurei apenas observar como atuava junto a meus alunos e se minha prática docente tinha um caráter humanista. Deixar de lado a avaliação desses saberes docentes fundamentais para a prática do professor foi proposital.

A escuta das gravações das aulas, acrescidas dos registros dos acadêmicos, conduzem à percepção de que tenho me esforçado para incentivar os alunos a pensar, refletir e expor opiniões. Contudo, ao ouvir mais de noventa horas de gravação constato que ainda possuo uma posição central e um desempenho em que a minha figura é a principal. Apesar de instigar, desafiar e estimular meus alunos, é perceptível minha dificuldade em abandonar o modelo tradicional de ensino, mostrando que permaneço sob a influência do modelo educacional vigente. Nesse momento reconheço que me afasto do perfil recomendado por Rogers, o qual salienta que o professor não pode ser centralizador. Desse modo, a visão de que há princípios de Carl Rogers na minha prática docente não significa que eu esteja plenamente conectado a sua teoria e que a implemente em todas as situações didáticas que vivencio como professor do ensino médico.

Ressalto que não é fácil reconhecer minhas deficiências, mas entendo que, ao identificar esta prática centralizadora, avancei em direção à solução desse problema. Estou disposto a transformar minha ação pedagógica e ciente de que esse é só o movimento inicial de uma longa trajetória. Reconheço o quanto é difícil mudar, e que essa transformação pretendida não se dá do dia para a noite. É um processo árduo, que exige reflexão, coerência entre discurso e prática, humildade e

a desestruturação de minha atuação pedagógica com conseqüente reestruturação baseada no perfil rogeriano.

Esse processo de mudança, na verdade, teve início durante o curso de doutorado. No período em que convivi no PPGEC, a relação com professores de diversas áreas da educação me proporcionou uma reflexão sobre os problemas educacionais nos âmbitos local, regional e nacional, inclusive fomentando a problematização no ensino médico. E, quanto mais avançava nas leituras e compreendia acerca da importância da relação entre professor e aluno, mais identificava a necessidade de ser um professor humanista. Assim, estimulado também pelas leituras recomendadas pelas minhas orientadoras e refletindo sobre minha ação docente, passei a me identificar, em muitos casos, com o perfil de professor recomendado por Carl Rogers. Sem dúvida que as leituras propostas propiciaram modificações na minha atuação, levando a um desenvolvimento pessoal, que foi maior ou menor em decorrência de meu perfil psicoemocional.

Logicamente, as mudanças na minha atuação só serão perceptíveis pelos alunos ao longo dos anos, mas para mim já há a clara noção de que houve uma transformação. Portanto, a pesquisa permitiu perceber-me imerso num processo de desenvolvimento que me conduzirá a rumos significativos tanto de ordem profissional como pessoal.

Nesse sentido, certamente que o trabalho ora proposto promoveu a ampliação de sentidos e significados da minha prática docente através da reflexão sobre minha ação em sala de aula e das lembranças dos alunos.

Acredito também que, a partir da análise e reflexão sobre minha prática pedagógica, é possível incentivar professores do ensino médico a tecer reflexões críticas sobre suas próprias práticas de ensino. Ou seja, colaborar na promoção e ampliação de um melhor entendimento sobre a complexidade da prática docente através de análise crítica do fazer docente, especialmente sob a ótica de Carl Ransom Rogers. Durante as últimas décadas os conceitos de Rogers não têm sido lembrados nas rodas da educação, inclusive na educação médica, e as denúncias e críticas ao “simplismo e o otimismo” rogeriano quase levaram sua teoria à condenação sem apelo (SIMAND, 2010). Lembrá-los pode estimular um novo ciclo de discussões a respeito do perfil humanista necessário para o docente atuar de forma a melhor atender às diretrizes curriculares na área da educação médica.

Como já foi referido anteriormente, a teoria de Rogers para a educação não propõe nenhum método de ensino e não aborda as competências técnicas e didático-pedagógicas que o docente precisa ter. Importa destacar que sua teoria não foi elaborada para os docentes de uma área específica e que ela se aplica a qualquer área da educação e, como propõe uma mudança comportamental do docente, pode ser usada na educação médica sem nenhuma restrição.

Com o decorrer do tempo, ficou claro que mais importante do que avaliar a minha prática, é apresentar aos educadores do ensino médico um perfil de docente que já estava estabelecido há quase meio século e discutir a problemática da formação de docentes para o ensino médico. Quanto a essa questão, vale ressaltar que ainda há uma grande empreitada a ser feita, pois não temos uma política clara de formação de professores para o ensino médico no Brasil.

De acordo com o que foi observado na interlocução teórica, há uma proliferação de escolas médicas que contratam seus docentes com base no seu perfil técnico de profissional, o que merece ser revisto em nosso país, uma vez que há a compreensão em torno da necessidade urgente de modificação do ensino médico. Face ao contexto e aos desafios que tal empreitada impõe, a necessidade de formação de docentes para a educação médica é evidenciada pela ausência de cursos de formação dos mesmos. Por outro lado, a criação de escolas médicas se dá de forma aleatória e progressiva. Então, a revisão da introdução do ensino médico no Brasil e a subsequente expansão do número de escolas médicas, especialmente nos últimos 15 anos, importam ao tema, pois estão diretamente relacionadas à necessidade de docentes e à formação dos médicos.

Com relação ao capítulo das Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina, quando se lê que “se precisa formar médicos com um perfil humanista, crítico, reflexivo e ético”, não se considera que para tal trabalho é necessário um docente com esse perfil. Nas Diretrizes menciona-se que o docente deve ser um facilitador, mas não é revelado como formá-lo. Então, como fazer com que o professor que atua nessa área seja ensinado e orientado para a sua profissão? Há que se considerar que isso só será alcançado quando os docentes tiverem orientação e formação compatível com a necessidade criada pelas Diretrizes. Em minha opinião, enquanto os professores do ensino médico continuarem a ser contratados somente pelos seus conhecimentos técnicos, sem

saberes didático-pedagógicos e sem as qualidades que Rogers define, persistirá a questão: o ensino médico está realmente formando profissionais humanistas?

A preocupação com a formação desses docentes é pertinente e relevante, pois se persistir a criação de novas escolas médicas no Brasil, aumentando o número de egressos dessas escolas sustentadas pelo modelo tradicional de educação em que o aluno é um receptáculo, e o docente o depositário, estaremos nos distanciando da formação de médicos humanistas. No Brasil, de uma forma geral, desconhece-se um projeto de formação de professores a despeito da proliferação de escolas médicas e do aumento do número de vagas oferecidas. É sabido que a formação de professores para o ensino médico se faz através da aquisição de conhecimentos teóricos e práticos construídos na atuação docente, sem a participação das instituições de ensino. Entretanto, é papel dessas instituições investir na formação de seus quadros docentes dando a eles condições para que desempenhem a função de forma satisfatória.

No que diz respeito à formação médica, não pode continuar a prática “do faça o que eu falo e não faça o que eu faço”. O discurso tem que ir ao encontro de nossas ações, e, para tal, é relevante rever a formação dos docentes para o ensino médico. Considerando a educação humanista, o professor precisa assumir a posição de colaborador na constituição de sujeitos capazes de construir seus conhecimentos de maneira autônoma. Através de ações mediadoras, facilitadoras e desafiadoras, o professor pode promover transformações significativas no comportamento de seus alunos e, conseqüentemente, na formação dos futuros médicos. O professor, com perfil humanista, que estimula seus alunos a serem ativos e participativos no processo da construção do conhecimento e que não se considera o único responsável pelo processo de ensino e de aprendizagem, contribui para uma mudança de paradigma na educação médica.

Nesse sentido, cabe reconhecer as contribuições deste estudo não só no âmbito individual, mas também para os docentes que atuam no ensino médico. Embora devam ser considerados os limites desta investigação, já que se constitui no estudo de um docente pelo próprio docente, é possível perceber que ela proporcionou a reflexão de algumas questões tanto no campo teórico da pesquisa, quanto no debate acerca da formação de professores para o ensino médico. A reflexão crítica realizada, a qual revelou que ainda possui lacunas e deficiências na

minha formação, acrescida do fato de que não há uma prática de formação de docentes para o ensino médico no Brasil, constituem elementos que sustentam a necessidade de capacitação e orientação para esses professores.

Mesmo não podendo fazer qualquer inferência a outros docentes do ensino médico, espero poder, de alguma forma, contribuir para que os mesmos percebam precocemente que necessitam de formação para exercer a docência. A grande transformação, sem dúvida alguma, passa por uma reformulação na formação dos professores que atuam nessa área. Essa não é a única solução e nem acaba nela; no entanto, é o início de uma caminhada que pode modificar a maneira de atuação docente.

Desse modo, a pesquisa até aqui desenvolvida aponta para a relevância de um espaço próprio para que o professor possa refletir sobre sua atuação docente e sua relação com seus alunos. Esse espaço precisa ser inscrito em um momento didático, embasado em uma teoria que dê conta das práticas docentes e que promova um fortalecimento do perfil humanista do professor. Entre os resultados desta tese, pode ser citada a busca de um perfil, no caso específico baseado na teoria rogeriana, que possa capacitar professores que atuam no ensino médico, quanto à relação humanista professor-aluno.

É neste ponto do trabalho que os resultados alcançados indicam a possibilidade de colaborar para inovar no campo educacional. Entendendo inovação pedagógica como ruptura, isto é, como interrupção de um determinado modo de comportamento que se repete ao longo do tempo; à medida que os achados da pesquisa podem fornecer informações para estimular projetos de educação continuada no âmbito da pedagogia universitária, a pesquisa pode contribuir para um movimento que se propõe a produzir novas perspectivas em espaços educativos (MOROSINI, M.C. *et al.*, 2006).

Dessa forma, para além da pesquisa, usei propor um modelo de sustentação docente do ensino médico e discutir a implantação de um curso de especialização para formação de docentes na FAMED DA FURG com a finalidade de contribuir para lidar com um dos mais sérios problemas diante da formação médica, quais sejam, as lacunas na formação de professores.

6.1 PROPOSTA DE UM MODELO DE SUSTENTAÇÃO AO DOCENTE DO ENSINO MÉDICO

Em virtude da magnitude de suas ações, os docentes precisam mobilizar um vasto cabedal de saberes e habilidades para atender a inúmeros objetivos (KUETHE, 1977). Entre os objetivos a serem atingidos estão: os emocionais, ligados à motivação dos alunos; os sociais, ligados à disciplina e à gestão da turma; os cognitivos, relacionados à aprendizagem da matéria ensinada; e os coletivos, determinados pelo projeto político pedagógico da instituição entre outros (TARDIF, 2003). Para cada um desses objetivos, os docentes precisam desenvolver saberes específicos, e esses se constituem ao longo dos anos da prática docente. Esse conhecimento deve então se estender a todos os aspectos do desenvolvimento humano: o cognitivo, o social, o biológico e, principalmente, o afetivo-emocional (DE ALMEIDA, 2006). Entre as principais características destacadas, consideradas as fundamentais em um professor, é possível perceber que os itens relacionados à prática pedagógica, quais sejam, dominar o conteúdo, explicar adequadamente a matéria, ser dinâmico, estimulador, desafiador, criativo, são apontados em número bastante inferior dos que dizem respeito à afetividade, ao relacionamento e à postura ética do professor (CUNHA, 1989).

Conforme Tardif (2003), o objeto de trabalho dos docentes são seres humanos (alunos) e, portanto, o perfil humanista recomendado por Rogers parece fundamental na constituição dos saberes docentes. No ensino médico não é diferente, e os docentes necessitam se interar sobre a importância de sua profissão e de suas responsabilidades. Como mencionado anteriormente, os docentes que atuam nessa área são contratados mais pelos seus conhecimentos técnicos específicos do que pela sua competência de ensinar ou pelo seu gosto por ensinar. Assim, mediante a necessidade de professores que se dispõem a trabalhar no ensino médico, de estar devidamente preparados para lidar com as questões que caracterizam sua profissão, capacitar esses profissionais é fundamental para que os objetivos preconizados pelas Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Medicina sejam atingidos.

A capacidade reflexiva e de resolução dos “problemas do dia-a-dia” expressos nas Diretrizes Nacionais dos Cursos de Medicina necessita de um docente com um

perfil que incorpore os conhecimentos sobre questões de ordem socioeconômica, como saneamento básico, violência urbana e no trânsito, educação moral e cívica, educação ambiental, hábitos saudáveis, entre tantos outros saberes. Faz-se então necessária a presença de um docente-humano, de um docente-sábio e de um docente tecnicamente competente para formar o médico-humano, o médico-sábio e o médico-tecnicamente competente preconizado pelas Diretrizes Curriculares. Técnica e humanística se justapõem, potencializando o saber em saúde, ou seja, humanismo e tecnicismo não operam em lados opostos, ao contrário, se colocam lado a lado na abrangência da acepção biopsicossocial, que visa à atenção médica sob a visão integral do ser humano (RISTOW, 2007).

Importa ressaltar que a capacitação profissional não significa um processo terminal em que o docente se sente “pronto e acabado”. Obviamente que essa visão seria demasiadamente simplista dada a complexidade que caracteriza a docência. A capacitação defendida assume uma mudança que precisa ser implementada paulatina e progressivamente, na qual os saberes docentes derivam de um processo contínuo de constante renovação e aperfeiçoamento. O *ser professor*, ao longo da sua carreira, deve ser sempre aprimorado.

Assim, essa capacitação do docente do ensino médico deve ser baseada em três pilares: a competência técnica, o perfil humanista e a competência didático-pedagógica. O professor que consegue desenvolver em igual condição essas três competências encontra-se em uma situação confortável e provavelmente tem desempenho satisfatório junto a seus alunos. E é a partir dessa perspectiva que emerge o modelo ora proposto, cujo cerne é o perfil humanístico que Rogers enfatiza.

Na medida em que for valorizado o perfil de educação humanística que Rogers propôs, ocorrerá uma mudança na prática docente, e, conseqüentemente, será oportunizada a formação de perfil humanista nos egressos dos Cursos de Medicina. O que se preconiza na discussão desse modelo é que os docentes sejam capacitados a ter os três pilares em condições de sustentarem a sua prática e que o pilar humanista seja valorizado na sua formação.

A descrição dos pilares de sustentação para o docente do ensino médico é apresentada abaixo. Para melhor entendimento da proposta, o modelo é

representado pela figura 1, a qual é caracterizada pela viga que representa o docente e seus três pilares de sustentação atrelados à prática docente.

O pilar um (1) refere-se ao conhecimento técnico e aos conteúdos teóricos e práticos que o docente possui em sua área de formação. São conhecimentos adquiridos ao longo de anos de formação (graduação, especializações, mestrados e doutorados). A ideia de que os educadores precisam apenas saber o conteúdo técnico da disciplina ministrada parece incrustado em muitos professores e gestores. Essa visão associada ao exercício da profissão de forma acrítica e não reflexiva expõe a necessidade que os professores têm de construir outros saberes (GALIAZZI, 2003).

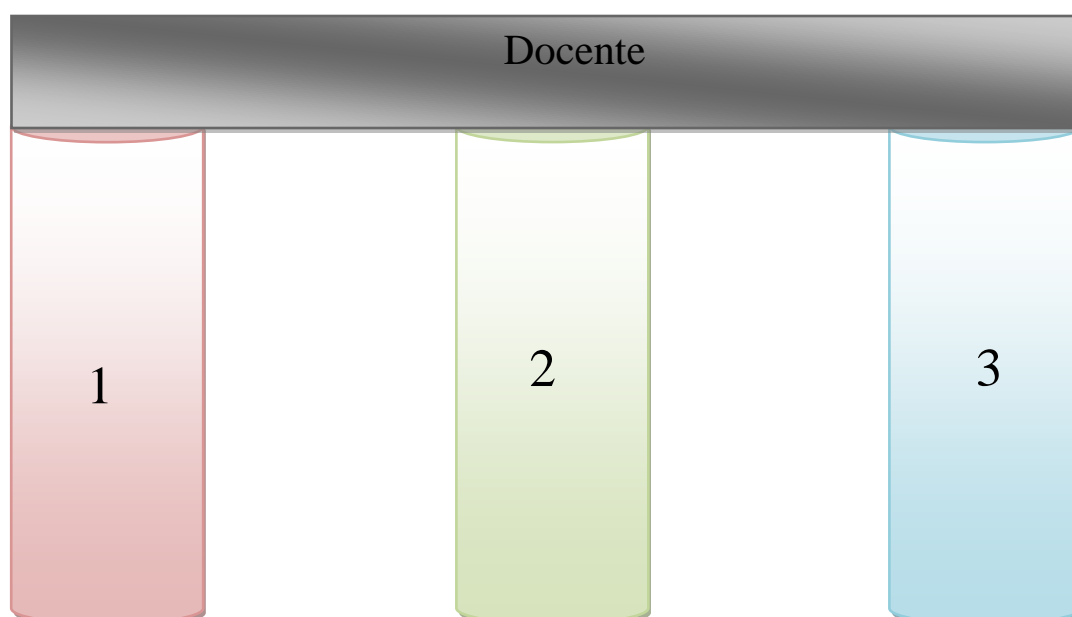


Figura 1 – Os três pilares que sustentam a docência no ensino médico: 1- Conhecimento técnico; 2- perfil humanista e 3 – competência didático-pedagógica
Fonte: o autor, 2012

O conhecimento técnico, costumeiramente, tem sido o mais valorizado na carreira de um docente e por esse motivo os que desejam atuar na educação médica se esmeram tanto em se preparar tecnicamente. Esse tem sido o principal pilar do modelo tradicional de ensino e sem ele o docente acredita que não terá o que ensinar. Como consequência desta hipertrofia, há uma maior preocupação por parte do docente em transmitir seus conhecimentos, especialmente através do modelo tradicional expositivo. Isoladamente, esse pilar tem se mostrado insuficiente

diante de um paradigma educacional que propõe uma mudança significativa no comportamento docente.

Importante frisar que o domínio técnico continuará a ser fundamental para prática docente, mas como se ressaltava nessa tese, ele não pode ser o único pilar de sustentação de um docente. Basear-se somente no saber técnico é fragilizar o processo de ensino e de aprendizagem e transformá-lo em um processo meramente tecnicista e transmissivo. Como se observa na figura 2, o docente que sustenta sua prática no pilar do saber técnico costuma trabalhar em uma condição instável.

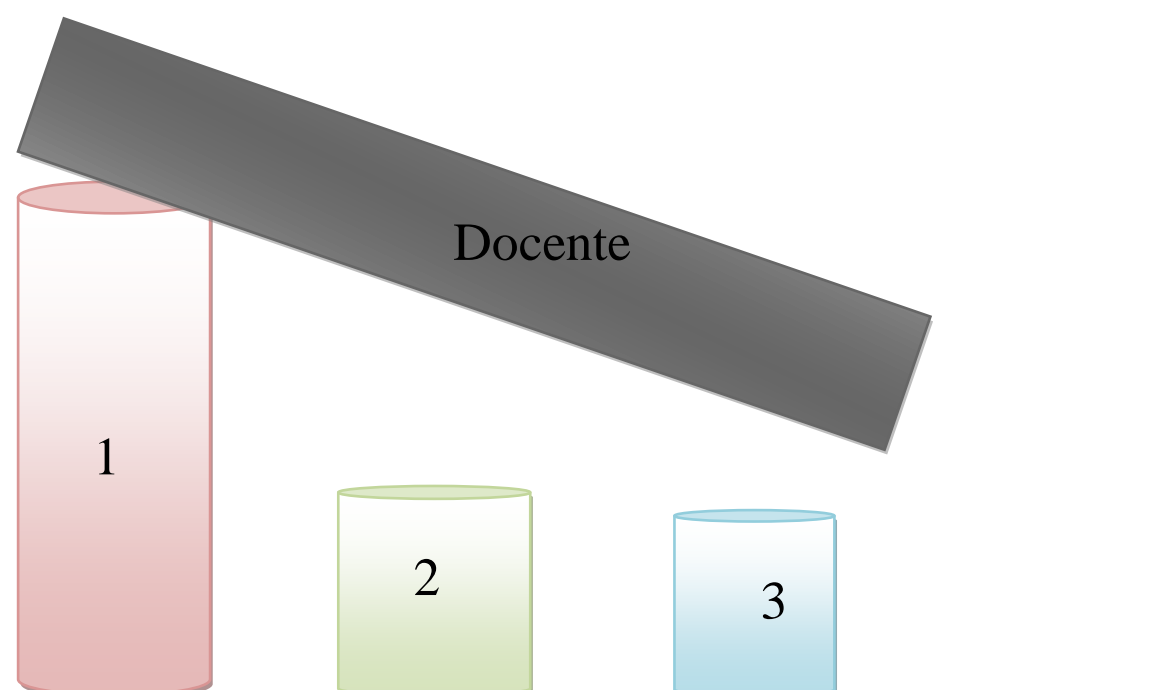


Figura 2 - Modelo baseado somente no conteúdo técnico do professor – um modelo instável.

O pilar dois (2) relaciona-se ao perfil humanista Rogeriano e é considerado, nessa tese, como central. Sem ele o docente não possui o gosto de relacionar-se com seus alunos e atua centralizando o processo de ensino e aprendizagem na transmissão pura e simples de seus conhecimentos, reproduzindo o método instrucional de ensino. Este pilar é, conforme minha opinião, essencial e deve ser valorizado na formação de um docente para o ensino médico. A formação humanística tende a suprimir o hiato nas relações comunicativas entre o docente e o aluno, hiato esse oriundo do processo científico tecnológico exacerbado presente na atualidade.

O docente humanista, assim, configura-se como elo fundamental na construção de um modelo descentrado de sua figura. Ao comportar-se como um mediador, facilitador e desafiador do aluno, o docente humanista propicia autonomia na processo de aprendizagem. Contudo, apesar de esse pilar ser central, apresenta uma relação de dependência com os demais, pois isolado pode relegar ao aluno um ensino anárquico e assistemático em que ele não é estimulado e desafiado a construir seus conhecimentos (DA SILVA, 2007). E ao professor, uma prática capenga que ficará se equilibrando na sua afetividade e no seu carisma. Tal prática docente também não será frutífera e acabará por desgastar o docente e transformá-lo em um ser amado, mas incapaz de ensinar.

O pilar três (3) é constituído pelos saberes didático-pedagógicos e é um poderoso pilar para a sustentação docente. A didática como área de estudo da Pedagogia tem como principal objeto o ensino em situação, compreendido como prática educativa intencional, dirigida a outros (DE FARIAS, 2009). Como a prática docente implica lidar com alunos e, de alguma forma, transmitir conhecimentos, esse pilar precisa constituir a sua formação. Como muitos docentes não possuem saberes desta área, a construção desses saberes é empírica e baseada em suas experiências, observações ou em suas memórias. Saliento que a competência didático-pedagógica pode ser ensinada aos docentes para que esses tenham um desempenho satisfatório no seu dia-a-dia, mas basear a formação de docentes somente nesse pilar é insuficiente para uma prática docente eficaz.

É importante destacar que o processo de construção dos pilares que sustentam a docência no ensino médico não é linear e nem limitado no tempo. É um processo contínuo, ininterrupto, que só cessa quando o docente abandona a prática da docência. Então, o modelo de sustentação para o docente do ensino médico, apoiado na recursão e na continuidade é representado pela figura 3.

O modelo baseado em três pilares de sustentação docente reflete, sob a minha ótica, a síntese sobre os conhecimentos adquiridos nesse processo de aprimoramento por que passo. Esse modelo não é visto como solução para a educação médica e não tem a pretensão de mudar os conceitos e teorias existentes. É uma forma simples de ver a formação de professores e tem como ponto central a preocupação com a prática docente humanística. Sua principal intenção é fazer com que os docentes do ensino médico reflitam sobre a necessidade de se constituírem

baseados nesses pilares e que busquem, através de leituras e cursos de formação docente, aprimorá-los.

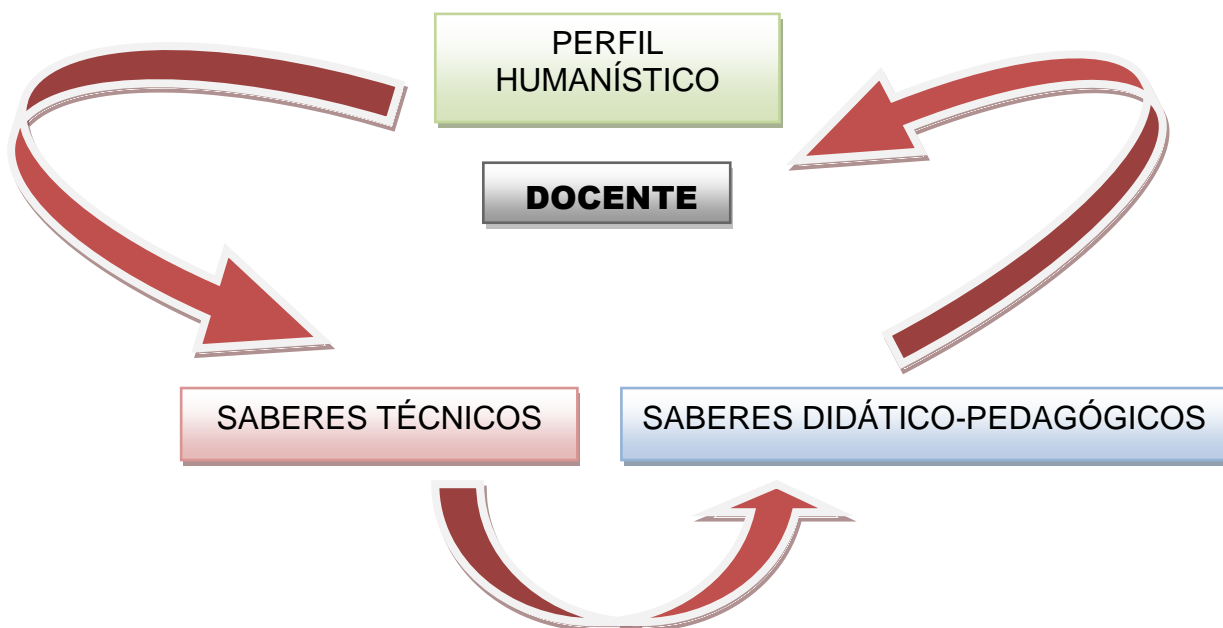


Figura 3 - Uma nova dimensão para a formação do docente do ensino médico

Proponho, então, que todo professor do ensino médico deva basear sua prática nos três pilares que sustentam o docente do ensino médico, e a melhor condição para a prática docente é aquela em que os três pilares estão presentes de forma equilibrada e equitativa, conforme observado na figura 2, proporcionando ao professor uma condição persuasória, indutora e comunicativa imprescindível para que o ato de ensinar seja coroado de sucesso.

6.2 CURSO DE FORMAÇÃO DOCENTE

Como resultado deste estudo e considerando a necessidade da autorreflexão individual e a autorreflexão interpessoal, ressalto a importância de um processo de formação continuada dos docentes por entender que estes têm encontrado grandes problemas para o desenvolvimento de sua prática. Desse modo, proporei que a

FAMED da FURG crie e implemente um curso de educação continuada em serviço que contemple a formação humanística associado à formação didático-pedagógica.

Por meio dela os professores, em grupo, podem investir em uma nova compreensão da docência, vinculando-a a um sentido de compartilhamento e interação solidária. Formação continuada caracteriza-se por iniciativas de formação realizadas no período que acompanha o tempo profissional do sujeito. Apresenta formato e duração diferenciados assumindo a perspectiva de formação como processo. Tanto pode ter origem na iniciativa dos interessados como pode inserir-se em programas institucionais (MOROSINI, M.C. *et al.*, 2006).

Considerando que a formação em serviço é o tipo de educação continuada que visa ao desenvolvimento profissional do sujeito no espaço do trabalho, os professores em atividade são estimulados a participar de processos formativos, em geral promovidos pelos sistemas, pelos próprios empregadores ou pares. Tendem a assumir a concepção de que o trabalho é fonte e espaço de reflexão e produção de conhecimentos. Em geral, a formação em serviços toma a prática como referente da teoria, com vistas a aperfeiçoar a qualidade do trabalho.

A formação de docentes para o ensino médico deve estar voltada para uma conduta ética, humana, consciente e responsável, que utiliza a ciência e a técnica, para atender os seres humanos com dignidade e respeito. Dessa forma, organizar um curso de especialização em educação médica com o apoio do Programa de Educação e Ciências: Química da Vida e Saúde associado à FAMED da FURG contribuirá para apoiar os docentes da FAMED na construção de suas carreiras. Inicialmente esse curso atenderia a demanda interna da FAMED, mas no médio e longo prazo teria como objetivo transpor os “muros” da FURG e atingir outros rincões do país.

Assim, é possível pensar em uma multiplicação de professores com um perfil humanista e conhecimentos didático-pedagógicos que os capacitem a atuar no ensino médico com mais desenvoltura. A proposta à FAMED, voltada para a formação humanística, pretende contribuir e agregar, de modo formal, valores ético-humanísticos à estrutura curricular vigente. Nesse sentido, foi possível compreender as tendências humanísticas preconizadas por Rogers, sendo constatada a necessidade de inclusão da formação humanística na formação do docente do ensino médico.

Saliento que esta tese não tem a pretensão de mudar o quadro do ensino médico ou apresentar um perfil de docente que sirva de exemplo para ser copiado. Talvez o mérito deste estudo seja contribuir, ainda que discretamente, para a discussão sobre formação de docentes para o ensino médico. É evidenciada a figura do docente, que, com seu exemplo na realização do ato de ensinar, irá semeando no aluno a postura humanista e ética que o profissional deve apresentar. Para que os docentes atuem em conformidade com as Diretrizes Curriculares, é preciso formá-los com qualidades que lhes garantam uma prática humanista com excelência na área técnica e no campo didático-pedagógico. Nessa perspectiva, é necessário que as autoridades gestoras das políticas públicas, na área da educação médica, criem e implementem projetos conjuntos, visando à formação de docentes para o ensino médico com um perfil humanístico, associado às competências técnicas e didático-pedagógicas.

Enfatizo que não é intenção desta tese esgotar o assunto nem tampouco desenvolver uma análise profunda e extensa sobre o tema, mas apenas subsidiar o leitor para uma compreensão da prática docente humanista. O docente com perfil humanístico, agindo como facilitador das relações humanas, mediado pela comunicação, torna-se tão necessário quanto importante, visto alicerçar as bases do conhecimento sobre o humano. Nesse sentido, o estudo ora apresentado pretendeu introduzir o tema e criar um processo em construção que se baseou nos fatos do passado, como fonte de reflexão para a compreensão das ações do presente e a construção das ações do futuro. Convém destacar que a postura de um docente do ensino médico com perfil humanista, mais do que um conhecimento teórico e didático-pedagógico, influi no seu fazer e é um determinante para uma mudança de prática docente.

Ficou patente, para mim, que a educação médica requer um docente com capacitação técnica e didático-pedagógica e formação humanística capaz de interagir com seus alunos e pacientes. Seus saberes técnicos não devem sobrepor-se aos seus valores humanísticos, e o mestre deve ser capaz de ensinar aos seus alunos contemplando ambas as competências e em dose igualitária. Foi exatamente considerando tal necessidade que emergem outros rumos para a educação médica, em minha opinião. Privilegiar as atitudes humanísticas preconizadas por Rogers é fundamental, pois as competências didático-pedagógicas podem ser ensinadas

enquanto o perfil de professor humanista não se constituiu com tanta facilidade. Isso não significa que sejam desvalorizados os conhecimentos técnicos e didático-pedagógicos, mas sim que passe a ser valorizado o perfil humanista. Como isto será feito não será respondido por esta pesquisa, mas refletir sobre o tema parece-me ser imprescindível para mudar a educação médica e o seu “produto final”, o médico.

Finalmente, ao retomar a minha tese, entendo que a ação docente fundamentada no conhecimento técnico e na competência didático-pedagógica e alicerçada na postura humanista de Rogers, contribuirá para a formação de um médico humanista, cujas ações se referenciarão nas atitudes de seus docentes e se refletirão no tratamento e atendimento de seus pacientes; médicos que atendam seus pacientes com dignidade e humanidade, baseados em uma excelente formação técnica e humanística, educados por professores com essas competências. Nesse processo de ensino e aprendizagem o aluno é o centro da aula e o professor, um facilitador. Assim, considero que os docentes do ensino médico deveriam conhecer a teoria de Rogers, pois estes perceberão, através dela, que há uma grande caminhada a ser percorrida por todos. Um caminho de respeito, tolerância, esperança, desafios e, principalmente, de muitas mudanças.

REFERÊNCIAS

ADAMS, P. **O Amor é Contagioso**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 1999.

ADLER, D.A. Carl Rogers: Principais constructos teóricos e a realidade social, contrapontos necessários. In: COPPE, AAF. **Carl Rogers no Maranhão: ensaios centrados**. 1. ed. São Luís: Estação Produções, 2003.

AGUIAR, R.A.T. **A CONSTRUÇÃO INTERNACIONAL DO CONCEITO DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS) E SUA INFLUÊNCIA NA EMERGÊNCIA E CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL**. 2003. 136 f. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas de Saúde e Planejamento. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2003.

ALENCAR, F.; CARPI, L.; RIBEIRO, M.V. **História da Sociedade Brasileira**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Ao Livro Técnico, 1981.

ALMEIDA, T.C.A.; BATISTA, N.A. Ser Docente em métodos ativos de Ensino/Aprendizagem na Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 468-476; 2011.

ALVES, A.N.O. *et al.* Humanização e a formação médica na perspectiva dos estudantes de Medicina da UFRN – Natal – RN – Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 555 – 561 : 2009.

ARAÚJO, E.C.; BATISTA, S.H.S.S.; GERAB, I.F. A Produção científica sobre Docência em Saúde: um estudo em periódicos nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 4, p. 486-492; 2011.

AZEVEDO, C.C.; RIBEIRO, M.A.T.; BATISTA, S.H.S.S. O humanismo na perspectiva de estudantes de Medicina da UFAL. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 586 – 595; 2009.

BARBOSA, R.L.L. **Formação de Educadores. Artes Técnicas - Ciências e Políticas**. 1. ed. São Paulo: Editora Unesp, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70 LTDA, 2009

BARUFFA, G. **Vida de Médico. Vida Minha.** 1. ed. Pelotas: Editora EDUCAT, 2010.

BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som.** 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2004.

BECKER, F. **O que é construtivismo. Idéias.** 1. ed. São Paulo: FDE, 1993.

_____. **A Epistemologia do Professor. O Cotidiano da Escola.** 14. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

_____. **Educação e Construção do Conhecimento.** 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 2001.

BECKER, F.; MARQUES, T.B.I. **Ser Professor é Ser Pesquisador.** 1. ed. Porto Alegre: Editora Mediação, 2007.

BERTRAND, Y. **Teorias Contemporâneas da Educação,** 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2001.

BOLFER, M.M.M.O. **REFLEXÕES SOBRE PRÁTICA DOCENTE: ESTUDO DE CASO SOBRE FORMAÇÃO CONTINUADA DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS.** 2008. 237 f. Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da UNIMEP, como exigência parcial para obtenção do título de Doutora em Educação. Piracicaba, SP, 2008.

BORDENAVE, J. E. D. **Alguns fatores pedagógicos.** In: Santana, J.P.; Castro, J.L. Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos CADRHU. Natal: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Editora da UFRN, 1999.

BORTONI, R.S.M. **O Professor Pesquisador.** Introdução à pesquisa qualitativa. 1. ed. São Paulo: Parábola Editorial, 2008.

BRANCO, R.F.G.R. **Capacitação de professores de Classe Hospitalar em relação professor-aluno/paciente na perspectiva balintiana.** 2008. 180 f. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de Doutor em Educação, Goiânia, 2008.

BRANDÃO, CR. A educação popular na área da saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n. 8, Fev, 2001.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação**. Lei 9.394/96. Apresentação Carlos Roberto Jamil Cury. 8. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução n.4, CNE/CES de 7/11/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov.; Secção 1, p. 38, 2001.

BRIANI, M.C. O ensino médico no Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 3, p. 73-77, set-dez, 2001.

BUENO, R.L.R.; PIERUCCINI, M.C. **Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio**. Associação Médica Brasileira. Disponível em: URL:<http://www.amb.org.br/escolas_medicas/EscolasMedicas3008.pdf. > Acesso em: julho. 2011.

BULCÃO, L.G. O Ensino Médico e os Novos Cenários de Ensino-Aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, jan./abr. 2004.

CAMPOS, R.F. A Abordagem Centrada na Pessoa na História da Psicologia no Brasil: da Psicoterapia à Educação, Ampliando a Clínica. **Psic. da Ed**, n. 21, p. 11-31, 2005.

CAMPOS, R.F. **A ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA** (Na História da Psicologia no Brasil). Tese apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Clínica PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO, São Paulo - 2003.

CAMPOS, M.C. **Saberes Docentes e Autonomia dos Professores**. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

CANTARELLI, A.P.S.; BETIOLI, A.C. **As Principais Contribuições da Fenomenologia na Compreensão das Teorias Existenciais Humanistas e Gestalt-Terapia**. Trabalho de conclusão de Curso de Psicologia da Faculdade da Fundação Educacional de Araçatuba, 2005.

CANUTO, A.M.M.; BATISTA, S.H.S.S. Concepções do processo ensino-aprendizagem: um estudo com professores de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 4, p. 624 – 632; 2009.

CAPELO, F.M. Aprendizagem centrada na Pessoa: Contribuição para a Compreensão do Modelo Educativo Proposto por Carl Rogers. A Pessoa como Centro – **Revista de Estudos Rogerianos**, n. 5, p. 1 – 12, 2000.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1995.

_____. **A Teia da Vida: Uma Nova Compreensão Científica dos Sistemas Vivos**. 14. ed. São Paulo: Cultrix, 2002.

CHRISTOV, L.H.S. Contribuições de narrativas para Formação de Professores. In: BARBOSA, RLL. **Formação de Educadores. Artes e Técnicas** – Ciências e Políticas. 1. ed, São Paulo: Editora UNESP, 2006.

CAREGNATO, R.C.A. **A Questão Ético-Moral na Formação dos Enfermeiros e Médicos: Efeitos Sentidos nos Discursos Docentes**. 2008. 252 f. Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação, Porto Alegre, 2008.

CLAXTON, G. **O Desafio de Aprender ao Longo Vida**. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 2005.

COLL, C.; EDWARDS, D. **Ensino, aprendizagem e discurso em sala de aula: aproximação ao estudo do discurso educacional**. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 1998.

COLL, C.; MAURI, T.; ONRUBIA, J. **A incorporação das tecnologias da informação e da comunicação na educação: do projeto técnico pedagógico as práticas de uso**. In: COLL, C e MONEREO, C. *Psicologia da Educação Virtual: Aprender e Ensinar com as Tecnologias da Informação e da Comunicação*. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 2010.

Conselho Federal de Medicina (Brasil). **Resolução 664**. Brasília: CFM; 1975.

_____. **Número de médicos cresce em ritmo mais acelerado que a população.** Disponível em [HTTP://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=206](http://www.escolasmedicas.com.br/art_det.php?cod=206), acessado em 11-07-2011.

CORRÊA, A.C. *Memória, aprendizagem e esquecimento*. 1. ed. São Paulo, Editora Atheneu, 2010.

COSTA, N.M.S.C. *Docência no Ensino Médico: por que É Tão Difícil Mudar.* **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n.1, p. 21–30, 2007.

CUNHA, L. A. **A Universidade Temporã: O ensino superior da Colônia à Era Vargas**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S.A., 1980.

CUNHA, M.I. **O Bom Professor e Sua Prática**. 1. ed. Campinas: Papyrus Editora, 1989.

DA SILVA, J.A. **O professor Pesquisador e a Liberdade do Pensamento**. In: Becker, F e Marques, TBI. *Ser Professor é Ser Pesquisador*. 1. ed. Porto Alegre: Editora Mediação, 2007.

DE ALMEIDA, J.L.V. **Ontologia do Ser Social e Educação**. In: Barbosa, RLL. *Formação de Educadores. Artes e Técnicas – Ciências e Políticas*. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

DE ALMEIDA, M.I. **Apontamentos a Respeito da Formação de Professores**. In: Barbosa, RLL. *Formação de Educadores. Artes e Técnicas – Ciências e Políticas*. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

DE ALMEIDA, M.J. *et al.* *Implantação das Diretrizes Curriculares nacionais na Graduação em Medicina no Paraná.* **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

DE ANDRÉ, M.E.D.A. **Dez Anos de Pesquisa sobre Formação de Professores**. In: Barbosa, RLL. *Formação de Educadores. Artes e Técnicas – Ciências e Políticas*. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

DE FÁTIMA, O. C. Gomes *et al* *Os Saberes dos Professores e o Ensino da Radiologia no Curso de Graduação em Medicina da UFRJ.* **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, set./dez. 2004.

DE FARIAS, I.M.S.; SALES, J.O.C.B.; BRAGA, M.M.S.C.; FRANÇA, M.S.L.M. **Didática e Docência, aprendendo a profissão**. 1. ed. Brasília: Liber Livro Editora LTDA, 2009.

DE MATTOS, M.C.I. *Ensino médico: o que sabemos?* **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 1, p.193-196, agosto 1997.

DELORS, J. *et al.* **A Educação para o século XXI: Questões e perspectivas**. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 2005.

DEMO, P. **Pesquisa Princípio Científico e Educativo**. 14. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1996.

_____. **Saber Pensar**. 2. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

DOS SANTOS, A.C.P. Educação Médica: Compromisso de Quem? Uma Abordagem Discente da Questão. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 3, p. 223-225, set./dez. 2002.

DRIVER, R. Student's conceptions and the learning of science. **Internacional Journal of Science Education**, v. 11, n. 5, p. 481-490, 1989.

DURKEIM, É. **A Educação Moral**. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

FADIMAN, J; FRAGER, R. **Carl Rogers e a perspectiva centrada no cliente**. In: Fadiman, J e Frager R. *Teorias da Personalidade*. 1. ed. São Paulo: HARBRA, 1979.

FAUSTO, B. *História do Brasil*. 12. ed. São Paulo: EDUSP, 2004.

FEUERWERKER, L. **Além do Discurso de Mudança na Educação Médica- Processos e Resultados**. 1. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2002.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação na saúde – educação dos profissionais de saúde – um campo de saber e de práticas sociais em construção. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 31, n. 1, p. 3 – 4, 2007.

FONSECA, F. **Aprender a Aprender**. 1. ed. Porto Alegre, ARTMED EDITORA, 1998.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 16. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, , 1985.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 14. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1985.

_____. **Pedagogia da Tolerância**. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

_____. **Pedagogia da autonomia**. Saberes Necessários à Prática Educativa. 42. ed. Reimpressão, Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2010.

FROMM, E. **Ter ou Ser?** 4. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

_____. **do Ter ao Ser**. 1. ed. São Paulo: Editora Manole, 1992.

GADOTTI, M. Perspectivas atuais da educação. **São Paulo em Perspectiva**, v. 14, n.2, apr/june, 2000.

GALIAZZI, M.C. **Educar pela Pesquisa**. Ambiente de Formação de professores em Ciências. 1. ed. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2003.

GALIAZZI, M.C; AUTH, M.; MORAES, R. e MANCUSO, R. **Aprender em Rede na Educação em Ciências**. 1. ed. Ijuí: Editora UNIJUÍ, 2008.

GALLO, S. **“Humanidades” e Formação**: Horizontes e Possibilidades. In: Barbosa, RLL. Formação de Educadores. Artes e Técnicas – Ciências e Políticas. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

GAUTHIER, C.; TARDIF, M. A Pedagogia. Teorias e práticas da Antiguidade aos nossos dias. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

GAZZANGA, M.S.; HEATHERTON, T.F. Ciência Psicológica. Mente, Cérebro e Comportamento. 1. ed.

GHEDIN, E.; DE ALMEIDA, M.I.; LEITE, Y.U.F. **Formação de Professores**. Caminhos e Descaminhos da Prática. 1. ed. Brasília: Líber Livro Editora LTDA, 2008.

GIL, A.C. **Didática do Ensino Superior**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2006.

GIORDAN, M. O Papel da Experimentação no Ensino de Ciências. **Química Nova Escola Experimentação e Ensino de Ciências**. n. 10, p. 43-49, novembro, 1999.

GOMES, L. **1808**, 1. ed , São Paulo: Editora Planeta do Brasil LTDA,. 2008.

GONÇALVES, E.L. Pedagogia e Didática: Relações e Aplicações no Ensino Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 20–26, jan./abr. 2001

GORDON, R. **A Assustadora História da Medicina**. 8. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

GUIMARÃES, A.M.; DIAS, R. **Ambientes de aprendizagem**: reengenharia da sala de aula. In: Coscarelli, CV. *Novas Tecnologias, Novos Textos, Novas Formas de Pensar*. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

HENGEMÜHLE, A. **Formação de professores**. Da função de ensinar ao resgate da educação. 1. ed. Petrópolis: EDITORA Vozes, 2007.

HESS, J.R. **O Amor em Dom Bosco e em Rogers**. 2. ed. São Paulo: Editora Salesiana Dom Bosco, 1983.

HOBSBAWAM, E. **Era dos Extremos – O breve século XX 1914- 1991**. 2. ed. São Paulo: Schwarcz LTDA, 2009.

HOLTZ, A. **A Ciência Médica de House**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Best Seller LTDA, 2006.

ISAIA ,S. M. A. **Desafios à docência superior: pressupostos a considerar**. In: RISTOFF, D; SEVEGNANI, P. *Docência na Educação Superior*. Brasília: INEP, 2006.

IZQUIERDO, I. **Silêncio por favor!** 1. ed. São Leopoldo: Editora UNISINOS, 2002.

JATENE, A. Decisões equivocadas sobre escolas de medicina. **Jornal Medicina-CFM**, n. 205, Fev, 2012.

JUNGES, J.R. **Bioética**. Perspectivas e Desafios. 1. ed. São Leopoldo: Editora UNISINOS, 1999.

JUNIOR, S. M. **A FORMAÇÃO CONTINUADA DO ENFERMEIRO DOCENTE FRENTE ÀS EXIGÊNCIAS SOCIAIS: Um olhar reflexivo sobre essa prática**. Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro, em convênio com a FAESA, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. RIO DE JANEIRO, 2007.

KEMP, A.; EDLER, F.C. A reforma médica no Brasil e nos Estados Unidos: uma comparação entre duas retóricas. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, v. 11, n. 3, p. 569-585, set-dez, 2004.

KERR, E. **Concepção de Carl Rogers sobre aprendizagem**. Trabalho de Psicologia da Educação do curso de Formação de Professores (Educação Artística) apresentado à Universidade São Judas Tadeu, 2005.

KNOBEL, E. **A Vida por um Fio e por Inteiro**. 1. ed. São Paulo: Atheneu Editora, 2010.

KOMATSU, R.S. Educação Médica: Responsabilidade de Quem? Em Busca dos Sujeitos da Educação do Novo Século. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 26, n. 1, jan./abr. 2002.

KUETHE, J.I. **O Processo Ensino-Aprendizagem**. 2. ed. Porto Alegre: Editora Globo, 1977.

LAMPERT, J.B. Currículo de Graduação e o Contexto da Formação do Médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan./abr. 2001.

LANKSHEAR, C.; KNOBEL, M. **Pesquisa Pedagógica do Projeto à Implementação**. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 2008.

LEÃO, D.M.M. Paradigmas contemporâneos de educação: escola tradicional e escola construtivista. **Cadernos de Pesquisa**, n. 107, p. 187-206, julho, 1999.

LÉVY, P. **A Conexão Planetária: o mercado, o ciberespaço, a consciência**. 1. ed. São Paulo: Editora 34, 2001.

LOPES, A.C.; MACEDO, E. **O Pensamento Curricular no Brasil**. In: Lopes, AC e Macedo, E. Currículo: Debates Contemporâneos. 1. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

LOWAMAN, J. **Dominando as técnicas de ensino**. 1. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2004.

LUCHESE, F.A; LEDUR, P.F. **Comunicação Médico-Paciente**. Um Acordo de Cooperação. 1. ed. Porto Alegre: AGE Editora, 2006.

MARCONDES, E. A ética no ensino médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 9, n. 11, p. 42-6, jan./ abr.1985.

MARQUES, O.M. **Formação do Profissional da Educação**. 4. ed. Ijuí: Editora Unijuí, 2003.

MASETTO, M.T; ABREU, M.C. **O Professor Universitário em Aula**. 6. ed. São Paulo: MG Editores Associados, 1987.

MASETTO, M.T. **Competências Pedagógicas do Professor Universitário**. 1. ed. São Paulo: Summus Editorial, 2003.

_____. Formação Pedagógica do Docente do Ensino Superior e Paradigmas Curriculares. In: BARBOSA, RLL. **Formação de Educadores. Artes e Técnicas – Ciências e Políticas**. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

MATURANA, H.; de REZEPKA, S.N. **Formação Humana e Capacitação**. 4. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

MEDEIROS, A.; MEDEIROS, C.F. Possibilidades e limitações das Simulações Computacionais no Ensino da Física. **Revista Brasileira de Ensino de Física**. v. 24, n. 2, p. 77-86, 2002.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 11. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S., SANCHES, O. O Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-62, 1993.

MIZUKAMI, M.G.N. Programa de Melhoria do Ensino Público da Fapesp: especificidades e Contribuições. In: BARBOSA, RLL. **Formação de Educadores. Artes e Técnicas – Ciências e Políticas**. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

MONTE-SERRA, F. **Emoção, afeto e amor**. 1. ed. São Paulo: Editora Academia de Inteligência, 2007.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: A compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência e Educação**, v. 9, n. 2, p. 191-211, 2003.

_____. Análise de Conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

MORÉ, N.C; GORDAN, P.A. A Percepção dos Professores do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá sobre Suas Dificuldades e Necessidades Educacionais para o Desenvolvimento do Ensino Médico **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 3, set./dez. 2004.

MORIN, E. **A Humanidade da Humanidade a Identidade Humana**. 3. ed. Porto Alegre: Sulina, 2005.

_____. **Os sete saberes necessários à Educação do Futuro**. 5. ed. São Paulo: Cortez Editora, 1999.

_____. **A cabeça Bem-feita**. 7. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

MOROSINI, M.C; MOROSINI, L. Pedagogia Universitária: Entre a Convergência e a Divergência na Busca do Aloformismo. In: RISTOFF, D; SEVEGNANI, P. Docência na Educação Superior. Brasília: INEP, 2006.

MOROSINI, M.C. *et al.* Enciclopédia de Pedagogia Universitária. Glossário Vol. 2. 1. ed. Brasília: INEP/MEC, 2006.

MUÑOZ, D.; MUÑOZ, D.R. O Ensino da Ética nas Faculdades de Medicina do Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 116 Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, maio/ago, p. 114-124, 2003.

NEILL, A.S. **Liberdade sem Excesso**. 11. ed. São Paulo: Instituição Brasileira de Difusão Cultural LTDA, 1987.

NERIC, I.G. **Metodologia do ensino**: uma introdução. 2. ed. São Paulo: EDITORA ATLAS, 1981.

NETO, H.T.M. A Tecnologia da Informação na Escola. In: COSCARELLI, CV. **Novas Tecnologias, Novos Textos, Novas Formas de Pensar**. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

NEVES, N.M.B.C.; NEVES, F.B.C.S. ; BITENCOURT, A.G.V. O Ensino Médico no Brasil: Origens e transformações. **Gazeta Médica da Bahia**, v. 75, n. 2, p. 162-168, 2005.

PACHANE, G. G. Teoria e prática na formação de professores universitários: elementos para discussão. In: RISTOFF, D; SEVEGNANI, P. **Docência na Educação Superior**. Brasília, INEP, 2006.

PAGLIOSA, L.F.; DA ROS, M.A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 1-9, oct-dec, 2008.

PAPADOPOULOS, G.S. Aprender para o Século XXI. In: DELORS, J. *et al.* **A Educação para o século XXI**: Questões e perspectivas. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, , 2005.

PEIXOTO, M.A.P.; SILVA, R.N.M. Aprendizagem: Contribuições para pensar a Formação do médico. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 24, n. 2, p. 41-47, 2000.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cad. Saúde Pública** v.19 n. 5, Sept./Oct. 2003.

PERRENOUD, P. **Prática reflexiva no ofício do professor**: profissionalização e razão pedagógica. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 2002.

_____. **10 Novas Competências para Ensinar**. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 2008.

PIMENTA, S.G.; GHEDIN, E. **Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito**. 6. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

PINTO, L.A.M.; RANGEL, M. Projeto Político-Pedagógico da Escola Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, set./dez. 2004.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem: Brasil de 1500 a 1930**. 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1989.

PORTO, T.M.E. **Práticas de Ensino a Pesquisa como Reflexão na e Sobre a Ação Docente**. 1. ed. Pelotas: Publicações Seiva, 2008.

REGO, S. **A Formação ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

RICH, J.M. **Bases Humanísticas da Educação**. 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1975.

RIOS, T.A. **Ética na docência universitária: a caminho de uma universidade pedagógica?** 1. ed. São Paulo: USP, 2009.

RISTOW, A.M, **A FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO MÉDICO NA SOCIEDADE DO SÉCULO XXI: uma análise curricular**. 2007. 181 f. Dissertação apresentada como exigência para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Educação do Setor de Educação da Universidade Federal do Paraná, CURITIBA, 2007.

ROCHA, B.C.; CORREIA, G.C.S. Ética na Docência do Ensino Superior. **Revista EDUCARE**, v.2, p. 1-8, 2006.

ROGERS, C.R. Significant aspects of client-centered therapy. **The American Psychologist**, v. 1, p. 415-422, 1946.

_____. **A terapia Centrada no Paciente**. 1. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDA, 1951.

_____. **Grupos de Encontro**. 1. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDA, 1970.

_____. **Liberdade para Aprender**. 4. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

_____. **Um Jeito de Ser**. 7. ed. São Paulo: EDITORA Pedagógica e Universitária LTDA, 1980.

_____. **Liberdade de Aprender em Nossa década**. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.

_____. **Psicoterapia e Consulta Psicológica**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes Editora, 1987.

_____. **Tornar-se Pessoa**. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes Editora LTDA, 2009.

ROGERS, C.R.; STEVENS, B. **De Pessoa para Pessoa**. O Problema de Ser Humano. 2. ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1978.

ROGERS, C.R.; KINGET, G.M. **Psicoterapia e Relações Humanas**. 2. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

ROGERS, C.R.; ROSEMBERG, R.L. **A pessoa como centro**. 1. ed. São Paulo: EDITORA Pedagógica e Universitária LTDA, 2008.

SARINHO, C. T. **Faculdades de Medicina no Brasil: (as dez mais antigas) Resumo Histórico**. 1. ed. Natal: Editora Nordeste Gráfica, 1989.

SANCHO, J.M. De Tecnologias da Informação e Comunicação a Recursos Educativos. In: SANCHO, JM e cols. **Tecnologias para transformar a Educação**. 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 2006.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**, 24. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

SEVERINO, A.J. Formação, perfil e identidade dos profissionais da educação: a propósito das Diretrizes Curriculares do Curso de Pedagogia. In: BARBOSA, RLL. **Formação de Educadores. Artes e Técnicas** – Ciências e Políticas. 1. ed. São Paulo: Editora UNESP, 2006.

SIMAND, D. Carl Rogers e a Pedagogia Aberta. In: GAUTHIER, C.; TARDIF, M. A Pedagogia. Teorias e práticas da Antiguidade aos nossos dias. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

SIQUEIRA, J.E.; EISELE, R.L. O Ensino da Ética no Curso de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, jan/abr., p. 22-26, 2000.

SOBRINHO, J.D. **Dilemas da educação superior no mundo globalizado: sociedade do conhecimento ou economia do conhecimento?** 1. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo Livraria e Editora LTDA, 2005.

SOUZA, S.J. ; GAMGRA Jr, N. Novos Suportes, Antigos Temores: Tecnologia e Confronto de Gerações de Leitura e Escrita. **Revista Brasileira de Educação**, n. 21, p. 104-114, 2002.

TARDIF, M. Saberes profissionais dos professores e conhecimentos universitários. Elementos para uma epistemologia da prática profissional dos professores e suas conseqüências em relação à formação para o magistério. **Revista Brasileira de Educação**, Jan/Fev/Mar/Abr, n. 13, p. 5-24, 2000.

_____. **Saberes Docentes e Formação Profissional**. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

TARDIF, M.; LESSARD, C. O Trabalho Docente. Elementos para uma teoria da docência como profissão de interações humanas. 6. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2005.

TARDIF, M.; LESSARD, C. O Ofício de Professor. Histórias perspectivas e desafios internacionais. 3. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

VASCONCELOS, C.S. **Avaliação: Concepção Dialética-Libertadora do Processo de Avaliação Escolar**. 3. ed. São Paulo: Libertad-Centro de Formação e Assessoria Pedagógica, 1992.

_____. **Disciplina: Construção da Disciplina Consciente e Interativa em Sala de Aula e na Escola**. 2. ed. São Paulo: Libertad-Centro de Formação e Assessoria Pedagógica, 1993.

VASCONCELOS, M.L. **Ensinar e aprender no ensino superior: por uma epistemologia da curiosidade na formação universitária.** 2. ed. São Paulo: Mackenzie/Cortez, 2005.

VENTURELLI, J. ; FIORINI, V.M.L. Programas Educacionais Inovadores em Escolas Médicas: Capacitação Docente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, set./dez. 2001.

VERAS, R.P.; RIBEIRO, L.S.; LIMA, J.C.S. Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. **Educ. Méd. Salud**, v. 17, n. 4, 1983.

VIEIRA, R.M; VIEIRA, C. **Estratégias de Ensino/Aprendizagem.** 2. ed. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

VILLANI, A.; PACCA, J. L. de A. Construtivismo, conhecimento científico e habilidade didática no ensino de ciências. **Rev. Fac. Educ.**, v. 23, n.1-2, p.1-12, Jan/Dez, 1997.

ZABALZA, M.A. **O Ensino Universitário seu Cenário e seus Protagonistas.** 1. ed. Porto Alegre: ARTMED EDITORA, 2004.

YAZBECK, D.C.M. *et al.* Novos Rumos para a Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 26 – 30, 2000.

WEBER, R.P. **Basic Content Analysis.** 2. ed. Sage Publications, 1990.

WIERZCHAN, P.M. “O Ensino Médico no Brasil Está Mudando?” Transpondo Desafios para Concretizar Mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 62 – 66, 2002.

ANEXO**ANEXO I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Declaro para os devidos fins que, na presente data, fui convidado(a) a participar de um estudo científico denominado “Educação Médica Numa Perspectiva Humanística: Uma Vivência de sala de Aula”.

Fui informado(a) que este estudo é uma iniciativa do Doutorado em Educação em Ciências : Química da Vida e Saúde, sob a orientação da Doutora Daniela M. Barros, a qual pode ser contatada através do telefone 32336847 e co-orientado pela Doutora Fernanda Antoniolo Hammes de Carvalho.

Fui comunicado que:

2. Os interesses do estudo são exclusivamente científicos e acadêmicos;
3. Não sou obrigado a participar do estudo;
4. Mesmo de depois de ter aceitado participar, posso desistir quando quiser;
5. Se eu me recusar a participar, não serei prejudicado;
6. Se for do meu interesse, serão a mim fornecidos, os resultados do questionário e das aulas gravadas;
7. Será mantido o sigilo que corresponde às informações prestadas e das aulas gravadas;
8. Que qualquer transcrição de texto será feito substituindo os nomes reais por pseudônimo, garantindo minha privacidade;

Desta forma, procurarei responder adequadamente o questionário a ser aplicado e concordo, também, que as aulas práticas sejam gravadas.

Este formulário foi assinado por mim e minha assinatura, abaixo, significa que concordei em participar deste estudo.

Rio Grande, _____/_____/_____

Assinatura

Nome completo

ANEXO II – Questão aberta sobre a influência docente.

AO TÉRMINO DO CURSO DE MEDICINA, CONSIDERANDO A EXPERIÊNCIA QUE TIVESTES NA DISCIPLINA DE CLÍNICA MÉDICA II, DA QUAL EU ERA DOCENTE, QUE CONTRIBUIÇÕES E INFLUÊNCIAS (POSITIVAS E NEGATIVAS) EU EXERCI NA TUA FORMAÇÃO.

ANEXO III – Respostas dos alunos a questão aberta sobre a influência docente.

Q 1 – Ao término do Curso de Medicina percebo que as aulas de Clínica Médica II exerceram grande influência na minha formação. Primeiramente foi notória a “divisão de águas” entre meus conhecimentos médicos prévios e após a disciplina, devido, principalmente ao fato de participar bastante das aulas e assim me sentir motivada a estudar. Além disso, minhas considerações e opiniões foram muito respeitadas fazendo com que minha insegurança e timidez fossem minimizadas. Enfim, acredito que a Clínica Médica II foi a mais importante disciplina do curso (sem tirar o mérito das demais) porque me senti realmente valorizada, segura e com crescimento científico bastante importante..

Q2 – O professor Hugo contribuiu positivamente em minha formação, na medida em que associou grande conhecimento médico à capacidade didática, incluindo as questões da ética médica. Houve discussões de casos clínicos em grupos que tiveram grande impacto na carga de conhecimento. As visitas a beira do leito, o Professor Hugo revelou excelente relação com os pacientes nos fornecendo experiências muito válidas. O Professor foi importante ao fomentar a busca do conhecimento, sua aplicabilidade e uma sólida relação médico-paciente.

Q3 – Utilizando-me de uma visão retrospectiva das aulas ministradas durante o Curso de Medicina, conclui que as aulas de Clínica Médica II foram de extrema importância para minha formação. Em se tratando de fixação de conhecimento, acredito ter sido a matéria em que o processo tenha ocorrido de maneira mais fácil e permanente. Sabendo que para fixar determinado conteúdo necessitamos de conhecimento propriamente dito aliado com o afeto no momento em que esse é explanado. As aulas práticas onde o Prof. Hugo nos instiga a responder perguntas, desenvolver o raciocínio clínico, procurando respostas para os casos clínicos é uma excelente forma para que esse processo ocorra. Saliento que nosso professor nunca demonstrou interesse em ser soberano aos seus alunos e sim nos incentivando a cada resposta certa. Ao término da graduação sinto meu conhecimento médico muito enriquecido pelas aulas de clínica médica II onde não há influência negativa.

Q4- Acho que apenas influências positivas. Além da grande carga de conhecimento oferecida, nos ajudou a organizar esse de forma rápida e prática, ideal em nosso meio. Sem contar o esforço e dedicação que se tornaram modelo para todos nós. Até nas pequenas atitudes como nos reconhecer pelo nome e perguntar como vão as coisas. Outro grande ponto que se estende além da medicina é o fato de nos fazer falar e agir sem medo, jamais repreendendo-nos por mais absurdas as coisas que falássemos. Com certeza foram os dias que eu mais ansiei em estar no hospital e foi onde eu tive absoluta certeza que optaria pela medicina interna. Muito obrigado, Professor. Continue assim! São realmente poucos que zelam por nós como o senhor. Grande abraço! Alan Fabiani Chiaparini

Q5- Dentre os ensinamentos que tive com o senhor, a relação médico-paciente foi a que mais marcou a minha formação na Clínica Médica II. Aprendi a ouvir e ver o paciente como um todo, dando importância a tudo que ele me contava em uma anamnese. Ser sempre atencioso com as pessoas, procurando ajudá-las de alguma maneira foi outro ensinamento importante. Procurar atualizar os conhecimentos a todo instante para assim conseguir resolver os problemas.

Q6- O docente me ensinou a organizar praticamente o pensamento, a ordenar as hipóteses de acordo com a sua probabilidade caso a caso. A raciocinar clinicamente, não vendo o paciente como um simples portador de moléstias, mas como um ser complexo. E como eu deveria aprender não só a reconhecer prontamente as manifestações patológicas, as interações entre as diferentes comorbidades, a monitorar sempre bem. Acima de tudo eu sempre devo tratar o paciente e nunca a sua doença. Isso sem dúvida me fez uma pessoa melhor e fará de mim um profissional mais eficaz no meu dia a dia. Ajudar a atender as diferentes pessoas que vejo. Não lamento de modo algum a escolha que fiz quanto ao professor. Acredito que foi essencial para aquele momento de minha formação e hoje colho os frutos por ele semeados!

Q7- Em 2010, cursei a disciplina de Clínica Médica II na qual o Prof. Hugo Cataud Pacheco Pereira foi meu professor, e isso foi de uma importância, pois no decorrer do ano pudemos discutir inúmeros casos clínicos, analisando causas, diagnósticos diferenciais, diagnóstico clínico e laboratorial e tratamento de enfermidades que me

auxiliaram durante os 2 últimos anos de faculdade e farão a diferença quando estarei exercendo a medicina futuramente. Além disso, o professor Hugo nos ensinou a ver o paciente como um todo, analisar onde vive, o ambiente da internação, os antecedentes familiares, para assim englobar e entender como ele se apresenta realmente para nós, a fim de poder ajudá-lo. Influenciou-me a querer uma medicina justa, de qualidade, em que todos possam usufruí-la.

Q8- Primeiramente preciso dizer que não consigo encontrar influências negativas. A principal influência positiva foi em relação a importância da relação médico-paciente, a importância de saber das reais capacidades do paciente em seguir terapias propostas devido as questões sociais, econômicas e psicológicas. O respeito com o paciente, na doença e sua forma de ver e conviver com a doença. Em relação as aulas o método adotado de discussões de casos foi muito importante, pois não ficamos apenas ouvindo uma aula, mas sim participando, opinando, discutindo as vezes de forma descontraída, sem parecer com uma mas com uma conversa (até mesmo os mais tímidos e introspectivos participavam). O conhecimento era compartilhado e com certeza o aprendizado foi maior. Lembro ainda que discutíamos condutas, tratamentos levando em conta a teoria, o preconizado em livros, consensos e diretrizes, mas também relacionávamos a nossa realidade que nem sempre dispõem de todos os meios. Foi uma disciplina de muito crescimento, grande aprendizado e na qual o Prof. Hugo contribuiu muito não só em relação ao conhecimento, mas também com os valores e a ética.

Q9- Posso dizer com veemência que o Prof. Hugo Cataud Pacheco Pereira só influenciou positivamente tanto na minha formação como profissional da saúde como na minha formação pessoal. Nas aulas não só tínhamos discussões de casos clínicos, mas também sobre a imersão do médico na sociedade, nossa postura ética e nosso papel com cidadãos. Discussões essas que pouco temos durante toda a faculdade e que considero de extrema importância para o trabalho e para a vida. Só tenho a agradecer por tudo que o Prof. nos transmitiu durante as aulas.

Q10- Nessa disciplina aprendi o que eu considero mais importante na área da medicina e para um aluno em formação, como desenvolver um raciocínio médico em

busca do diagnóstico. Com esse legado deixado pelo professor Hugo Cataud Pacheco Pereira tenho certeza de seja onde for que eu trabalhe conseguirei resolver os problemas dos meus pacientes, independente da disponibilidade de outros recursos (ex: exames complementares). Também aprendi que como futuro médico nunca poderei deixar de estudar, porque assim a cada dia serei um médico melhor e conseguirei meu maior objetivo que é, acima de tudo, ajudar meus pacientes. Além disso, me ensinou que nunca devo ficar alienado do mundo, buscando também informações culturais fora da medicina.

Q11- Na disciplina de Clínica Médica II pude aperfeiçoar os conhecimentos em Medicina Interna, a prática da relação médico-paciente e também os conteúdos teóricos. A didática utilizada em suas aulas, através da busca de um maior interesse do aluno e maior participação nas discussões de casos clínicos, trouxeram mais conhecimentos e a vontade de aprender e buscar ainda mais, seja com relação aos conteúdos ou na história de cada paciente, individualizando as condutas. Sem dúvida foi de fundamental importância na minha formação, influenciando inclusive na decisão de minha futura especialidade a tão maravilhosa Medicina Interna.

Q12- Prezado Professor, poderia falar aqui somente da questão do conhecimento que o senhor nos passou ao longo da disciplina, mas não representaria um décimo do que aprendi. Acredito que os conhecimentos mais importantes foram sobre como lidar com o paciente, com o ser humano que procura o médico em busca de ajuda e que espera muito mais que um diagnóstico e uma prescrição. Aprendi não só a ser um melhor médico, mas sim a ser um médico bom para o paciente.

Q13- Querido professor Hugo, agradeço ao Sr. por nos ter lecionado as melhores aulas da faculdade de medicina. O método exercido de sempre questionar o aluno, atrair a atenção e chamá-lo para aula nunca reprimindo suas respostas, por mais absurdas que estas fossem, me motivou a me desinibir para aumentar minha participação durante a aula. Além do método o Sr. me ensinou a tratar pacientes como pessoas, seres biopsicossociais, que sofrem, que estão fragilizados, sem nunca menosprezar os consensos de medicina, a melhor técnica etc. Agradeço por um dia ter sido seu aluno. Matheus Copi.

Q14- No decorrer deste período de convivência, acredito que as contribuições e influências foram infinitamente positivas e, sinceramente, me vejo mais maduro e consciente hoje em dia. Além dos valores de vida e caráter, o Prof. Hugo me **incentivou em relação a assuntos políticos e questões sociais, coisas pelas quais** não tinha interesse e não dava muita atenção, porém de uma importância para nós formadores de opinião e que de certa forma temos alguma influência no meio social. Além disso, nos ensinou a montar e esquematizar o raciocínio clínico, motivou os alunos ao estudo e principalmente a atender, a dar atenção e a tratar as pessoas da melhor forma possível (como se fosse nosso pai ou nossa mãe). Foi um período de muita produtividade e aprendizado, valeu muito a pena.

Q15 – O senhor exerceu influências extremamente positivas sobre a minha formação de diversas formas, com sua sabedoria técnica imensa, mas principalmente no pensamento clínico e na relação médico paciente da qual uso este conhecimento para formar o meu “ideal médico”. Em certo momento de minha formação tive a minha melhor aula da faculdade, dia em que o senhor falou sobre a morte e essa passagem do ponto de vista médico e do paciente. Muito Obrigado Professor.

Q16- Em relação as influências positivas estava o estímulo ao estudo e a capacidade investigativa, assim como o pensamento crítico e o estímulo a interdisciplinaridade. Acredito que o Prof. Hugo também contribuiu em muito com seu conhecimento técnico e humanístico, fazendo com que víssemos o paciente além de uma doença, em seus aspectos socioeconômicos e culturais. Gostaria de agradecer muito ao Prof. Hugo Cataud Pacheco Pereira por ser o professor que é e gostaria que soubesse que, apesar das críticas, prevalecem muito em meu pensar os aspectos positivos, sejam eles técnicos (como médico) ou pessoais (amizade, caráter, bom humor e receptividade) e dizer que com certeza é um dos professores que mais nos influenciou na faculdade e que muitos o tem como exemplo e inspiração.

Q17- As aulas práticas que o Prof. Hugo ministrou contribuíram de forma profícua para a minha formação médica. Durante tais encontros, tivemos a oportunidade de discutir casos clínicos, abordando sua fisiopatologia, diagnósticos, diagnósticos diferenciais e possíveis tratamentos. A forma com que as aulas foram expostas, descontraídas e dinâmicas, tornaram-se um momento único da faculdade de medicina, pois podíamos expressar nossas opiniões, fazendo com que o raciocínio clínico se desenvolva naturalmente. A larga experiência clínica, aliada a didática do prof. Hugo, enriqueceram minha formação, principalmente pela forma simples de abordar pacientes tão complexos.

Q18- As aulas ministradas pelo prof. Hugo na disciplina de Clínica Médica II foram imprescindíveis para sedimentar o conhecimento adquirido anteriormente. Durante as aulas foi possível discutir diversos casos clínicos abordando o paciente de maneira mais ampla e objetiva. O estímulo à participação, o dinamismo e o clima de amizade foram o diferencial em relação a abordagem das demais disciplinas.

Q19 – Acredito que a contribuição mais significativa da disciplina foi o modo como abordou-se os temas discutidos, conseguindo aproveitar as contribuições de todos os alunos, agregando os conhecimentos adquiridos desde as disciplinas básicas até as clínicas, de modo a orientar o raciocínio diagnóstico e terapêutico. Creio que também foi importante o espaço livre para as manifestações, num ambiente de cordialidade e respeito, em que se podia sem pavor avançar na complexidade do quadro, e por mais errado corrigir algum conceito errôneo ou preencher alguma lacuna no conhecimento. Além disso, a união da teoria com a prática. Por exemplo, as visitas aos leitos, eram igualmente importantes, pois fomentavam o aluno a buscar por informações. Talvez a [...]. Agradeço Prof. Hugo por toda a sua paciência conosco, sua dedicação e empenho sem tamanho em nossa formação. Acredito que se mais professores seguissem seu modo de ensino, certamente teríamos uma formação de nível realmente diferenciado. Obrigado por tudo! Um abraço forte!

Q20- A disciplina de Clínica Médica II contribuiu de maneira importante na minha formação, principalmente por sua metodologia incentivadora e caracterizada não apenas pelo estudo de patologias, mas sim pela abordagem de pacientes com

determinadas enfermidades. Esta abordagem diferenciada, na qual são discutidos aspectos biopsicossociais do paciente, é fundamental na prática médica. Assim, ao mostrar que o ser humano deve ser abordado de maneira integral, a disciplina de Clínica Médica II me estimulou a aprimorar minha capacidade de adaptar meus conhecimentos a realidades distintas, atributo essencial para o bom exercício da Medicina. Luiza

Q21- Com certeza não tenho contribuições e influências negativas a relatar. Ao contrário das positivas, que foram muitas. A disciplina de Clínica Médica II foi um marco em minha vida e, com certeza, muito disso tem a ver com a convivência contigo, prof. Hugo. Sempre admirei o seu conhecimento, sua didática, paciência, a preocupação com o bem estar do aluno e se o aluno está aproveitando como deveria. Além de tudo isso, tem também a sua relação médico-paciente, que é ótima. Posso dizer que foi um marco também, pois motivou minha escolha para o futuro. Antes eu queria fazer cirurgia e depois, minha opção se voltou mais para a clínica. Só tenho a agradecer e desejar tudo de melhor para ti, prof.!