

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FILOSOFIA
DOUTORADO EM FILOSOFIA

CECILIA CASSAL

O ENSINO DA ÉTICA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

SÃO LEOPOLDO

2015

Cecilia Cassal

O ENSINO DA ÉTICA AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO BRASIL

Tese apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de doutora em
Filosofia pelo programa de pós-
Graduação em Filosofia da Universidade
do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador: Prof. Dr. Alvaro Luiz Montenegro Valls

Coorientador: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo

2015

Ficha Catalográfica

C343e Cassal, Cecilia.
O ensino da ética aos profissionais de saúde no Brasil / por Cecilia Cassal. – 2015.
157 f. : il. ; 30cm.
“Orientação: Prof. Dr. Alvaro Luiz Montenegro Valls; Co-orientação: Prof. Dr. José Roque Junges, Ciências Humanas”.
Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Filosofia, São Leopoldo, RS, 2015.
1. Ética – Ensino superior. 2. Ética – Ensino – Brasil. 3. Responsabilidade. 4. Profissionais da saúde. I. Valls, Alvaro Luiz Montenegro. II. Junges, José Roque. III. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – Unisinos. IV. Título.

CDU 17:378

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila R. Quaresma Martins - CRB 10/1790

ATA DE DEFESA PÚBLICA DE TESE Nº 008/2015

Aos vinte e três dias do mês de julho de 2015, às 14 horas, na sala B09 204, da Escola de Humanidades, reuniu-se a banca examinadora integrada pelos Professores: Dr. Álvaro Luiz Montenegro Valls (orientador) – UNISINOS, Dr. Alfredo Santiago Culleton – UNISINOS, Dr. Donald Schöler – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS, Dr.^a Nêmora Tregnago Barcellos - PPG Saúde Coletiva - UNISINOS e Dr. José Roque Junges - PPG Saúde Coletiva - UNISINOS, para a arguição pública de Cecília Cassal, com base no texto escrito da tese doutoral apresentada pela candidata, intitulada: "O ENSINO DA ÉTICA AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL". Finda a arguição, o grau apurado, resultante da média aritmética dos graus atribuídos à avaliação do texto, à apresentação e à defesa da tese foi 9,0, que corresponde ao conceito MUITO BOM. Em face desse resultado, a candidata foi considerada aprovada e foi-lhe outorgado o título acadêmico de DOUTORA EM FILOSOFIA pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. A entrega da versão definitiva da tese deverá ser feita no prazo de 60 (sessenta) dias a contar desta data, na Secretaria Compartilhada de Pesquisa e Pós-Graduação, da Escola de Humanidades. A emissão do Diploma está condicionada a entrega da versão final da Tese. Para constar, esta ata foi assinada pelos membros da banca examinadora. São Leopoldo, RS, 23 de julho de 2015.



Dr. Álvaro Luiz Montenegro Valls (orientador)
UNISINOS



Dr. Alfredo Santiago Culleton – UNISINOS



Dr. Donald Schöler – Pontifícia Universidade
Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS



Dr.^a Nêmora Tregnago Barcellos - PPG Saúde
Coletiva - UNISINOS



Dr. José Roque Junges - PPG Saúde Coletiva -
UNISINOS

*Para Saul Melo,
que ofereceu às minhas escolhas
compreensão e continência,
mãos e escuta atenta,
acolhimento e suporte amoroso
nestes anos de reflexão e trabalho.*

AGRADECIMENTOS

Uma caminhada como a que se propõe uma Pós-Graduação envolve uma série de pessoas e circunstâncias aparentemente desde sempre agregadas e designadas para que tudo ocorra da única maneira possível e necessária a concretizar o objetivo do aprimoramento pessoal e do autoconhecimento. O que decorrer disso é devotado em ação de graças àqueles que acreditaram, empenharam-se, dedicaram sua atenção, seu tempo, seu afeto, seu conhecimento. Tudo aquilo de que, finalmente, consistir este cálice e transbordar dele, é ofertado a Deus, em Sua constância que atravessa todo o impermanente.

Assim, orientadas por divina condução, muitas foram as pessoas que participaram desta trajetória.

Primeiramente, agradeço à Coordenação e ao Corpo Docente do Programa de Pós-Graduação em Filosofia da UNISINOS, nas pessoas do Prof. Dr. Adriano Naves de Brito e Prof. Dr. Alfredo Santiago Culleton, por acreditar que este trabalho poderia ser realizado por uma candidata que possuía apenas algumas perguntas na mente e muito pouco conhecimento da base filosófica. Pelo acolhimento ofertado não somente por eles, mas fundamentalmente pelos funcionários da Secretaria do PPG, aqui destacando a Sra. Luciane da Silva, minha permanente gratidão. Dentre os colegas do curso, uma menção especial a Jasson da Silva Martins, que ofereceu sua parceria nos primeiros passos e publicações, além do afeto desinteressado que somente uma pessoa de sua estatura moral poderia oferecer. Muitas vezes, muito obrigada.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Alvaro Luiz Montenegro Valls e Prof. Dr. José Roque Junges. O primeiro orientador abriu-me as portas e forneceu-me a chancela para que pudesse aceder ao lugar de busca. Empenhou, neste ato, seu nome e credibilidade. Emprestou-me as primeiras conduções e conselhos valiosos sobre de que maneira poderia aproveitar o caminho que viria a seguir. Já o segundo orientador tomou-me pela mão, conduziu-me com paciência e resolutividade pela

escadaria longa e obscura da construção deste conhecimento, em direção à luz. Do bloco de pedra bruta de ideias e textos sem forma revelou a obra, para que dela eu pudesse extrair o trabalho que ora se apresenta. Professor Roque, nenhuma gratidão será suficiente para dar conta da importância de sua ajuda. No entanto, e mesmo assim, muito obrigada.

Aos meus alunos desses anos todos, residentes do Ambulatório de Dermatologia Sanitária que ofereceram a dúvida, semente a frutificar: a necessidade de aprender sobre como ensinar-lhes a ética nas equipes multiprofissionais de saúde foi o princípio deste desafio. O Governo do Estado do Rio Grande do Sul, através da Escola de Saúde Pública na gestão da Profa. Dra. Sandra Martini Vial, mentora do Programa de Fomento à Formação de Mestres e Doutores pelo Estado, viabilizou financeiramente esta empreitada acadêmica. Ao Diretor do Departamento de Coordenação dos Hospitais do Estado, Dr. Antônio Joaquim Cortes Fernandes, pela concessão da licença das atividades docentes e assistenciais para a qualificação profissional, pela compreensão a respeito da importância e da necessidade de dedicação à tese. Finalmente, ao setor administrativo do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, cuja chefia é representada aqui pela Administradora Maria Josefa Vidal Feijó, aos colegas dos setores administrativos, citados através da amabilidade prestativa da Srta. Josiane Peciarich, aos técnicos-científicos e aos especialistas em saúde, especialmente aos colegas do Programa de Residência Médica e Multiprofissional em Dermatologia, aqui destacando a disponibilidade sempre presente da Profa. Dra. Letícia Maria Eidt, colega dermatologista, docente e coordenadora do Programa de Residência Médica em Dermatologia, pelo forte e incondicional apoio, muito obrigada a todos.

No entanto, nenhuma pergunta brota em solo não fertilizado. Devo aos meus pais, Getúlio e Clara Cassal, o apreço pela retidão do caráter e pela curiosidade do conhecimento; às irmãs Daniela e Cassilda Cassal e seu esposo, Breno Saraiva, o suporte e presença constantes. Aos filhos e afilhado, Vinicius, Wagner e Pietro Cassal devo a consciência permanente da importância do exemplo e do testemunho a precederem, em relevância, as palavras. Ao meu marido, Saul Melo, meu tributo pelo apoio amoroso, presença e disponibilidade no cuidado. A esta família que me dá suporte, amor e continência, muito obrigada.

Muitas são as ocasiões em que a divina condução se vale daqueles que, não possuindo os laços do sangue, abraçam-nos na caminhada e sustentam nossa estrutura afetiva. Finalmente, mas não de modo menos importante, agradeço aos amigos, em sua vigilante atenção, carinho e paciência em tolerar humores incertos e ausências constantes. Dentre eles dois destaques especialíssimos à Profa. Dra. Cláudia Cruz, pelo encorajamento na perseverança e à Prof. Dra. Marisa Campio Muller, a quem devo o carinho, a leitura atenta e os valiosos conselhos, que resultaram nesta conquista. Outros grandes amigos deveriam ser citados, mas abstenho-me, pelo risco da injustiça do olvido.

A todos vocês, minha mais profunda gratidão.

*“Uma questão de época: a virtude é coisa que se ensina?
MÊNON: Podes dizer-me, Sócrates, a virtude é coisa que se ensina?
Ou não é coisa que se ensina, mas que se adquire pelo exercício?
Ou nem coisa que se adquire pelo exercício nem coisa que se aprende,
mas algo que advém dos homens
por natureza ou por alguma outra maneira?”¹*

¹ PLATÃO, 2001, p. 19.

RESUMO

A possibilidade do ensino da ética é questão que remonta à filosofia pré-socrática e, atravessando religiões, governos e revoluções, carrega, em nossos dias, a bagagem de tantos que a pensaram, mantendo a platônica pergunta fundamentalmente intacta: “Virtude é coisa que se ensina?” Para compreender os determinantes implicados no ensino da ética aos profissionais da saúde no Brasil, sua possibilidade e exequibilidade, este trabalho partiu da investigação das Diretrizes Curriculares Nacionais para as graduações em saúde, examinando os estudos que denunciam a corrosão do caráter e a perda da sensibilidade ética dos estudantes ao longo dos cursos, bem como as principais teorias do desenvolvimento moral e das competências éticas em docentes e discentes. A Aprendizagem Baseada em Problemas é apresentada como a mais adequada metodologia para o desenvolvimento de competências em uma ética que, ao perceber-se insatisfatoriamente respondida pela deontologia e pelo utilitarismo consequencialista, encontra, na justa medida da responsabilidade defendida por Paul Ricoeur, uma via ética a ser considerada como resposta aos problemas transdisciplinares do ensino e da assistência em saúde no Brasil.

Palavras-chave: Ensino. Ética. Responsabilidade. Saúde. Filosofia.

ABSTRACT

The possibility of teaching ethics is a matter dating back to pre-Socratic philosophy and across religions, governments and revolutions, carries, in our days, the baggage of so many that thought, but with the Platonic question fundamentally intact: "Virtue is something what is taught?" To understand the determinants involved in the teaching of ethics to health professionals in Brazil, its possibility and feasibility, this work came from the research of the National Curriculum Guidelines for the health graduation, through studies that denounce the character of corrosion and loss of ethical sensitivity of the students along the courses, and the main theories of moral development and ethical skills in teachers and students. The Problem-Based Learning is presented as the most appropriate methodology for the development of skills in an ethic that, when we notice without satisfactory response by deontology and by consequentialist utilitarianism, meets in fair measure of the ethics of responsibility advocated by Paul Ricoeur, an ethical way of response to transdisciplinary problems of education and health care in Brazil.

Key-words: Education. Ethics. Responsibility. Health. Philosophy.

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABP – Aprendizagem Baseada em Problemas / PBL – Problem Based Learn
- APS – Atenção Primária à Saúde
- BVS – Biblioteca Virtual da Saúde
- CFM – Conselho Federal de Medicina
- COPE - Clinically Oriented Poetry- ReadingExperience
- DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Graduação em saúde
- DIT - Defining Issues Test
- ESF – Equipe de Saúde da Família
- ESP-RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
- EUA – Estados Unidos da América do Norte
- GHC – Grupo Hospitalar Conceição
- HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre
- IBECS - Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
- LDB – Lei de Diretrizes e Bases
- LILACS – Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
- MBA – Master in Business and Administration
- MBE – Medicina Baseada em Evidências
- MEC – Ministério da Educação
- Medline – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
- MJI – Moral Judgement Interview
- MJT - Moral Judgement Test

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PBE – Prática Baseada em Evidências

PBL – Problem Based Learning

PIT – Problem Identification Test

PNH – Política Nacional de Humanização

SciELO – Scientific Electronic Library Online

SROM – Socialmoral Reflection Objective Measure

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNISINOS – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

VBM – Voxel-based morphimetry

LISTA DE ELEMENTOS GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - TRÊS MÉTODOS DA ÉTICA E AS DIFERENTES CONCEPÇÕES PRESENTES NAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS	29
TABELA 1 – OS ESTÁGIOS DE DESENVOLVIMENTO MORAL SEGUNDO LAWRENCE KOHLBERG	83
TABELA 2: AS PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE A PEDAGOGIA TRADICIONAL E A INOVADORA.....	101

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E A PLURALIDADE MORAL	23
2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO	23
2.2 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E O ENSINO DA ÉTICA.....	25
2.3 TRÊS MÉTODOS DA ÉTICA E AS DIFERENTES CONCEPÇÕES PRESENTES NAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS.....	27
2.3.1 <i>A Ética Kantiana do Dever e a Deontologia</i>	30
2.3.1.1 A Ética do Discurso	32
2.3.2 <i>A Ética das Virtudes</i>	35
2.3.2.1 A Ética do Cuidado	37
2.3.2.2 A Ética dos Valores	39
2.3.3 <i>As Éticas Consequencialistas: o Utilitarismo</i>	41
2.3.3.1 A Humanização em Saúde	42
2.4 A BIOÉTICA.....	45
2.5 DAS CONFUSÕES CONCEITUAIS	49
2.6 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	52
3 A PERDA DA SENSIBILIDADE ÉTICA, O CURRÍCULO OCULTO E A CORROSÃO MORAL	53
3.1 OS TESTES DE MENSURAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO MORAL	55
3.1.1 <i>A Mensuração da Sensibilidade Ética e o Viés Cognitivista</i>	57
3.2 O DESENVOLVIMENTO MORAL DOS ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DAS ÁREAS DA SAÚDE.....	58
3.2.1 <i>Os Estudos acerca da Mensuração da Sensibilidade Ética e a Questão de Gênero</i>	59
3.2.1.1 Estudos que apontam para um decréscimo da sensibilidade ética	59
3.2.1.2 Estudos que apontam para um aumento da sensibilidade ética.....	62
3.2.1.3 A sensibilidade ética e a diferença de gêneros.....	62
3.2.1.4 A crítica ao método – o raciocínio moral e a sensibilidade ética.....	63
3.2.2 <i>Desenvolvimento Moral: Dever Exclusivo da Família?</i>	63
3.2.3 <i>O Papel da Universidade na Formação Moral</i>	65
3.3 O CURRÍCULO OCULTO E A FORMAÇÃO MORAL DOS ESTUDANTES	67
3.3.1 <i>O Docente Como Modelo e o Processo Paralelo</i>	71
3.4 A CORROSÃO DA SENSIBILIDADE ÉTICA E A MUTAÇÃO DO LAÇO SOCIAL	73

3.5 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	77
4 O DESENVOLVIMENTO MORAL, AS COMPETÊNCIAS ÉTICAS E O PAPEL DOCENTE.....	80
4.1 LAWRENCE KOHLBERG	81
4.2 CAROL GILLIGAN	84
4.3 A CRÍTICA A KOHLBERG.....	85
4.4 O DESENVOLVIMENTO MORAL NA GRADUAÇÃO E A SENSIBILIDADE MORAL DISTINTIVA.....	86
4.5 A SENSIBILIDADE MORAL PROFISSIONAL - A DEFESA DA ÉTICA PROFISSIONAL	88
4.6 O DESENVOLVIMENTO MORAL PÓS-CONVENCIONAL E A NEUROCIÊNCIA	89
4.7 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS OU COMPETÊNCIAS ÉTICAS? O QUE SE PRETENDE FORMAR?	90
4.8 COMPETÊNCIAS ÉTICAS TRANSVERSAIS – COMO DESENVOLVÊ-LAS?	93
4.9 QUEM FORMARÁ AS COMPETÊNCIAS ÉTICAS? – O COMPROMETIMENTO DOCENTE	96
4.10 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	98
5 A FORMAÇÃO ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: PARA ALÉM DA DESCRIÇÃO DO CONTEXTO.....	99
5.1 METODOLOGIAS ATIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	100
5.1.1 <i>A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas</i>	102
5.1.1.1 A Problematização.....	102
5.1.1.2 A Aprendizagem Baseada em Problemas	103
5.1.2 <i>Simulação como Estratégia de Ensino</i>	108
5.1.3 <i>A Escrita Narrativa e o Portfólio Reflexivo</i>	112
5.2 A QUESTÃO DA INCLUSÃO DAS HUMANIDADES NO CURRÍCULO	113
5.2.1 <i>As Disciplinas Humanísticas, a Necessidade Dialógica e as Habilidades de Comunicação</i>	116
5.2.2 <i>A Arte na Educação em Saúde – Um Suporte ao Ensino das Humanidades</i>	118
5.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE	121
5.3.1 <i>O Apoio Matricial e o Suporte à Discussão Ética após a Graduação</i>	122
5.4 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	125
6 O ENSINO DA ÉTICA AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL: A VIA DA RESPONSABILIDADE	127
6.1 PAUL RICOEUR E A DISTINÇÃO ENTRE ÉTICA E MORAL	129

6.9 A RESPONSABILIDADE COMO INTENÇÃO E COMO EFEITO COLATERAL DAS AÇÕES	137
6.10 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO	138
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
REFERÊNCIAS.....	142

1 INTRODUÇÃO

As décadas finais do século passado, no Brasil, foram marcadas por profundas mudanças no contexto social, econômico, político e sanitário brasileiro. No tocante à saúde, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os novos conceitos atrelados a ele geraram uma demanda por outra conformação na atenção de ensino em saúde, desencadeando a necessidade de adequar as estruturas de ensino já existentes à realidade interdisciplinar e das novas relações de hierarquia e estrutura em saúde. Neste contexto são requeridas a criação e ampliação de quadros docentes, assim como a formação de professores com características diversas para conciliar atividades de ensino, orientação, supervisão, preceptoria, pesquisa e assistência.

Muitos paradigmas vêm sendo alterados, com a contemporaneidade das mudanças que ainda seguem em curso: a passagem de um modelo biologicista e hospitalocêntrico de formação e atenção à saúde para outro que contemple a horizontalização e responsabilidade nas relações; uma tendência a que sejam repensadas as relações disciplinares com vistas à transdisciplinaridade; um profundo questionamento sobre os valores que permeiam o comportamento social, profissional e pedagógico, tanto na relação nova que se estabelece entre os profissionais de saúde dentro da equipe quanto na relação docente-discente e com os usuários do sistema. As diferentes configurações de atuação resultaram na necessidade de adequar a formação profissional, repensando e estabelecendo novos conceitos e códigos de relacionamento para modificar o ensino, a aprendizagem e a produção de conhecimentos em saúde. Em problemas que podem pertencer tanto a Sociologia quanto a Biologia, tanto a Medicina quanto a Psicologia, tanto a Enfermagem quanto a Odontologia e, assim por diante, a Filosofia vem funcionar como um elo entre esses diferentes eixos e paradigmas, aportando os conceitos e conhecimentos necessários para repensar a ética que permeia essas relações.

Parte integrante dessa história de transformações, a publicação das diretrizes curriculares aos Cursos de Graduação das áreas de saúde reflete um momento de ruptura com o engessamento proporcionado pelo modelo flexneriano vigente no ensino de todos os Cursos de Graduação em saúde, a exemplo da Medicina. Tal

modelo, adotado em maior ou menor extensão, determina a adoção de currículos rígidos e a divisão entre um período inicial de estudos e outro de atividades práticas, não contemplando a diversidade das necessidades da população, nem considerando as diferentes vinculações político-filosóficas das instituições de ensino em saúde.

Considerando a ética um requisito essencial na chamada arte clínica, questiona-se como a produção científica brasileira tem tratado o tema sob a ótica da educação, uma vez que essa também vem sofrendo modificações a partir da reorientação do modelo de formação em saúde. Assim, para explicitar a tradução dessas mudanças no ensino da ética, este trabalho pretende discutir – através da produção científica, que é uma das formas de abordar as inquietações e pensamentos vigentes sobre determinado tema, a situação atual do ensino da ética a partir da publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde (2003). Com a finalidade de avaliar a proposta das DCN no que tange ao ensino da ética aos profissionais da saúde e de que forma essa proposta é interpretada, o presente capítulo procurará identificar os pressupostos éticos que fundamentam tal diretriz pedagógica e compará-los à produção científica consequente à sua publicação. Para isso, foi realizada uma revisão nas bases de dados dos artigos publicados no Brasil entre 2003 e 2014, cujos textos foram selecionados por relevância a partir das palavras ‘ética’, ‘ensino’ e ‘saúde’. Foram incluídos aqueles que abordem as vertentes éticas adotadas pelos autores ou as tradições morais as quais estão vinculadas às instituições de ensino em saúde a partir da implantação das DCN. Uma análise preliminar dos artigos científicos publicados entre janeiro de 1997 e janeiro de 2009, que consistiu de uma revisão sistemática seguida de análise de conteúdo, foi realizada por Carneiro e colaboradores (2010). Após 2009, mudanças no cenário político e educacional como a consolidação e criação de novos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde²; as recentes discussões acerca da regulamentação das profissões; e as iniciativas governamentais destinadas a ampliar a rede de atenção, através da contratação de contingente estrangeiro de profissionais, por exemplo - reacenderam muitas das

² As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. (Resolução CNS nº 287/1998).

questões acerca da necessidade de discutir amplamente a ética e o seu ensino no âmbito da saúde e ensino brasileiros contemporâneos.

Dois levantamentos foram realizados, em 1985 e 1992, respectivamente por Melo e Colaboradores (1986) e Meira e Cunha (1994), com a finalidade de conhecer a realidade do ensino da ética médica nos Cursos de Graduação das Faculdades de Medicina do Brasil. Tempos muito diferentes, então. Naquele período, o número de Escolas de Medicina teve um acréscimo de três cursos em sete anos, com a disciplina de ética médica de orientação quase exclusivamente deontológica sendo ofertada em apenas 33,7% deles, através de não mais que 40 horas/aula, por uma média de dois professores, quase sempre médicos.

Se naqueles sete anos, duas décadas atrás, foram reconhecidas apenas três novas Faculdades de Medicina, a atualidade é um tanto mais profícua: treze novas graduações médicas foram registradas no MEC entre 2008 e 2012, em um acréscimo de 82% desde a década de 90 (de 103 para 188 graduações) (SALUSINSTITUTO, 2015). Neste contexto, e para citar apenas a Graduação médica, sem perder de vista as mudanças quantitativas e qualitativas das outras áreas em saúde, a questão fundamental desta pesquisa poderia ser assim descrita: “como se pensa o ensino da ética para os cursos de Graduação e Pós-Graduação em saúde no Brasil após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), em 2003, para o ensino em saúde?”

Este trabalho lançará mão de estudos desenvolvidos por disciplinas como Psicologia, Administração de Empresas, Sociologia e Pedagogia para abordar um tema que é próprio da Filosofia: a ética, matéria que, embora atinente à Filosofia, aqui vem significando um elo que permite compreender as diferentes instâncias de uma discussão ou o vértice de um triângulo que – vindo de um ponto mais alto - se relaciona com todas as outras áreas do conhecimento. A presente tese não está alicerçada sobre um trabalho de campo, que dificilmente teria suficiência para abordar toda a amplitude da questão, mas é resultante de reflexões apoiadas em pesquisas realizadas por diversos autores. Está configurada em sete capítulos, sendo os quatro primeiros destinados a levantar o problema e suas muitas variáveis, e, do quinto ao sétimo capítulos, deverão ser contempladas as possibilidades e propostas de encaminhamento das questões levantadas. Assim, finda a introdução, que pretende mostrar o caminho a ser percorrido, o segundo capítulo será aquele

que contextualiza historicamente as mudanças apenas referidas no início deste texto, explicitando – através da apresentação de recortes dos textos das Diretrizes Curriculares Nacionais aos cursos da saúde -, os aspectos que nele se referem ao ensino da ética. A afiliação das instituições a uma ou mais vertentes éticas, demonstrada através das publicações que sucederam à publicação das DCN, bem como alguma possível confusão conceitual, serão também aí discutidas.

O terceiro capítulo, tentando compreender os fenômenos que cercam a moralidade dos estudantes da saúde durante a Graduação, abordará os estudos referentes ao desenvolvimento da moral e da sensibilidade ética que ocorrem ao longo dos Cursos de Graduação. O capítulo aborda os estudos que tratam da erosão da sensibilidade moral que os alunos sofrem durante as graduações em saúde, contextualizando-as em um ambiente de corrosão moral que também é característico das instâncias corporativas e empresariais. A questão da formação (e deformação) moral que passa pelas marcantes experiências vivenciadas na faculdade e nos espaços de aprendizagem e serviço, bem como as questões referentes aos estudos acerca do currículo oculto, encontram espaço de investigação. Os dados relativos aos estudos brasileiros sobre estudantes e profissionais da área de saúde – cerne deste trabalho - foram obtidos através de pesquisa realizada a partir das bases de dados da Biblioteca Virtual da Saúde ³.

Questão recorrente nas discussões informais sobre o ensino da ética, além da clássica interrogação filosófica sobre se é possível ensinar a virtude, é se a ética pode ser ensinada na escola (ou na universidade), ou se ela é tarefa a ser realizada na instância familiar. Em outras palavras, supondo que o desenvolvimento moral tenha um prazo para ser levado a termo, estaria ele concluído ao final da adolescência, cabendo ao meio acadêmico exclusivamente o compromisso da informação e de desenvolvimento da *techné*? Como ocorre a aquisição do comportamento moral? Em que momento é desencadeado, quando cessa, que situações e contextos favorecem o desenvolvimento da sensibilidade ética nos indivíduos, quais são os fatores que a desconstroem? O quarto capítulo deste trabalho apresentará, além das principais teorias sobre o desenvolvimento moral, uma discussão sobre as competências éticas desejáveis aos profissionais do ensino em saúde e seus discentes.

³ Suporte de publicação virtual que abriga as bases SciELO, LILACS, IBECs e MEDLINE.

O quinto capítulo revisará as estratégias de ensino apontadas contemporaneamente para fazer frente à realidade apresentada e – ao menos tentar – enfrentar o desafio da formação moral. A discussão sobre os tempos adequados de inserção da ética nos currículos, bem como as metodologias ativas que vem sendo utilizadas pelos professores para a obtenção deste objetivo. Será enfatizada a Aprendizagem Baseada em Problemas e a transversalidade que deve caracterizar o percurso do ensino de uma ética necessariamente transdisciplinar.

O sexto capítulo consistirá da apresentação das reflexões da pesquisadora, consolidadas a partir da extensa revisão e leituras e discussões realizadas. Defenderá uma conexão entre a ética da responsabilidade, a decisão ética prudente e a virtude do cuidado, depreendida tanto do percurso teórico e referencial, quanto daquilo que, constituinte da própria trajetória acadêmica e profissional da autora - graduada em Medicina, especialista em Dermatologia e docente em serviço de ensino multiprofissional em saúde -, amalgamar-se-á nas considerações finais. O sétimo capítulo conterà as considerações finais da autora, as limitações do trabalho, o entrelaçamento dos saberes com a resposta pretendida e o apontamento para o que permaneceu irrespondido e configura, assim, matéria para outras investigações.

2 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS E A PLURALIDADE MORAL

Podes dizer-me, por favor, que caminho

Devo tomar para ir embora daqui?

Depende bastante de para onde quer ir, respondeu o gato.

Não me importa muito para onde, disse Alice.

Então não importa que caminho tome, disse o gato.”

Lewis Carroll⁴

2.1 O CONTEXTO HISTÓRICO

As últimas décadas do século passado testemunharam importantes mudanças no contexto da saúde no Brasil e no mundo ocidental. No início do século XX, o panorama do ensino da Graduação em Medicina nos EUA e Canadá foi avaliado por Abraham Flexner (1866-1959). O relatório decorrente desta avaliação, publicado em 1910, denunciava a precariedade do sistema pedagógico existente nas escolas médicas desses países (e, posteriormente, de países europeus, submetidos à mesma avaliação, por Flexner) e propunha o que vem sendo conhecido – entre defesas apaixonadas e críticas ferrenhas - como o modelo flexneriano de organização do ensino das escolas de Medicina. Apesar de muitas observações referentes às insuficiências metodológicas relativas à obtenção dos dados do relatório, o sistema de ensino por ele gerado segue sendo empregado em muitas instituições de ensino superior médicas e nas demais graduações em saúde;

⁴ CARROLL, 2002. p.62-3. Excerto do diálogo de Alice com o gato presente em Alice no País das Maravilhas. Cabe lembrar que John Kemeny introduz a pergunta de Alice e a famosa resposta do gato, como epígrafe de seu capítulo sobre ciência e valores em *A philosopher Looks at Science, em 1959*. O propósito da escolha deste texto pelo filósofo foi demonstrar, através da resposta do gato, a eterna divisão entre ciência e ética. Como Kemeny deixa claro, a ciência não nos pode dizer aonde ir, mas depois que essa decisão é tomada em outras bases, ela *pode* nos dizer a maneira de chegar lá. Outras citações similares estão em um diálogo do *On the road*, de Jack Kerouak: “- a gente tem de ir e não parar nunca até chegar lá”. “- Para onde a gente está indo, cara?” “- Não sei, mas a gente tem de ir” e no Talmude: “Se não sabes para onde vais, qualquer caminho te levará lá.” Já o poeta gaúcho Mário Quintana escreve similarmente em um de seus poemas: “Quem sabe onde quer chegar / encontra o caminho certo / e o jeito de caminhar.”

caracteriza-se pelos currículos que apresentam uma divisão clara entre um ciclo inicial de disciplinas básicas, seguido de outro, dedicado aos estudos clínicos. O modelo de educação médica preconizado por Flexner, que vem resistindo por mais de cem anos, tem, em seu informe, a publicação sobre educação médica mais citada na literatura especializada (PATIÑO, 2007). Tal paradigma, que enfatiza o modelo biomédico centrado na doença e no hospital, contribuiu para conduzir os programas a uma visão reducionista do binômio saúde-doença. Ao adotar um modelo unicausal e biologicista, a proposta de Flexner, assimilada pelo ocidente, reservou pequeno espaço, se algum, para as dimensões social, psicológica e econômica da saúde e para a inclusão da compreensão do amplo espectro da saúde (PAGLIOSAL; ROS, 2008).

No Brasil, a identificação e crescente conscientização sobre a insuficiência do modelo de atenção à saúde vigente nos aspectos de ensino e sua correspondente integração social contribuíram para o surgimento do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (1986)⁵, que teve suas primeiras articulações no início dos anos 1960 e estabeleceu-se a partir da década de 1980. Com o tema Saúde e Democracia, tal movimento estruturou-se nas agremiações sindicais e populares, em experiências regionais de organização de serviços de saúde e nas Universidades. (FREITAS, 2015). Consolidado na 8ª Conferência Nacional em Saúde em 1986, o movimento trouxe como resultado um conceito ampliado de saúde, entendida como o resultado das condições de “habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, educação, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde”. Trazendo em seu escopo o senso crítico das políticas econômicas e sociais em desenvolvimento, tal Conferência estabeleceu as bases para a reformulação do Sistema Único de Saúde (BRASIL, SUS, 2014)⁶, regulado

⁵ O movimento pela Reforma Sanitária teve suas primeiras articulações no início da década de 1960 e atingiu sua maturidade a partir do fim da década de 1970 e início dos anos 1980 e mantém-se mobilizado até o presente. Com o tema Saúde e Democracia, estruturou-se nas universidades, nos movimentos sindical e popular e em experiências regionais de organização de serviços. Consolidou-se na 8ª. Conferência Nacional em Saúde, em 1986, que trouxe como resultado um conceito ampliado de saúde, resultado das condições de “habitação, alimentação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, educação, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse de terra e acesso a serviços de saúde” (Relatório Final da VIII CNS). Dentro da perspectiva de saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, e estabelecido, como papel da Saúde, o senso crítico das políticas econômicas e sociais em desenvolvimento, estabeleceu as bases para a reformulação do Sistema Único de Saúde. (FREITAS, 2015).

⁶ SUS – Sistema Único de Saúde, regulado pela Lei no. 8.080/1990, que operacionaliza o atendimento público da saúde, como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado”. Tem como princípios constitucionais a

pela Lei nº 8.080/1990, que operacionaliza o atendimento público da saúde como forma de efetivar o mandamento constitucional do direito à saúde como um “direito de todos” e “dever do Estado” (Relatório Final da VIII CNS). São princípios constitucionais do SUS a universalidade, a equidade e a integralidade da atenção à saúde, bem como a descentralização e a participação social.

Sob o contexto histórico da reformulação das políticas públicas de saúde e do modelo rígido de orientação biologicista na educação foi criado o Conselho Nacional de Educação, com a competência de substituir o Currículo Mínimo por Diretrizes Curriculares, através da promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) número 9.394, de 20/12/1996 (BRASIL, 1996), resultando na publicação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996)⁷ e na consequente publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (MEC, 2014) aos Cursos Universitários de Saúde.

2.2 AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS⁸ E O ENSINO DA ÉTICA

Para compreender a que pressuposto moral atendem as Diretrizes Curriculares aos cursos de saúde, foi realizada uma análise do seu texto, procurando identificar termos, conceitos ou indicações vinculadas ao tema da ética.

Na exposição dos Princípios Gerais das Diretrizes Curriculares Nacionais, pode-se encontrar a preocupação expressa do não engessamento das cargas horárias e da não fixação dos conteúdos além de 50% da carga horária, o estímulo à formação geral sólida, o incentivo à prática de estudo independente e o cuidado acerca da articulação da teoria com a prática. Apesar da exposição do conceito de saúde articulado com as diretrizes do Sistema Único de Saúde como um elemento que fundamenta a elaboração do documento, ele não faz, em seus *Princípios*

Universalidade, a Equidade e a Integralidade da atenção à saúde, bem como a Descentralização e a Participação Social. (BRASIL, SUS, 2014).

⁷ LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional No. 9.394, de 20/12/1996. Propõe, entre outras determinações, a substituição do currículo mínimo por diretrizes curriculares. Cria o Conselho Nacional de Educação, com a competência de definir as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos. (BRASIL, MEC, 2014).

⁸ É importante salientar que as DCN tiveram sua primeira publicação em 2001 para a graduação em Medicina e, a partir daí, os demais cursos das áreas da saúde foram tendo publicações subsequentes de suas Diretrizes. Constituinto um processo dinâmico, a última revisão das DCN para Medicina data de 2014.

Norteadores, qualquer menção ao desenvolvimento de competências éticas que possam respaldar os seus princípios.

Também na definição do Objeto e Objetivos das Diretrizes Curriculares (xii) não é explicitada a preocupação com a reflexão ética, tampouco é esclarecido acerca do fundamento moral sobre o qual se alicerça a proposta.

Entretanto, na Seção Introdutória das DCN, o surgimento de sentenças que indicam preocupação moral dá-se através de várias expressões, como aquela que estabelece o perfil desejado do graduando com “o desenvolvimento de qualidades técnicas e humanistas, fazendo com que o graduando seja [...] capaz de valorizar prioritariamente as necessidades de saúde da população [...] dentro de uma visão integral de valores éticos e culturais”.

Tal elaboração – ainda vaga no tocante à fundamentação moral da proposta – parece abarcar conceitos como ética, valor e cultura como possuindo significação similar. De que ética (e de que cultura, em um país reconhecidamente multicultural) trata a proposta? Qual o significado da expressão ‘valores éticos’ e de que ‘qualidades técnicas e humanistas’ refere-se o documento?

A propósito das Habilidades e Atitudes que são esperadas do graduando ao final do curso é citado o “respeito [...] que compreenderá, sem preconceitos, a diversidade de bases culturais e a igualdade, as línguas, a cultura e o modo de vida”, remetendo talvez, sem que seja citado no documento, ao conceito de ética civil proposta por Adela Cortina e Emilio Martinez (2013), ao contemplar a pluralidade de códigos morais coexistentes. Ainda nas atitudes desejáveis aos graduandos está citada a “conscientização das responsabilidades morais e éticas envolvidas na assistência ao paciente” (xiii).

Tais situações, inespecíficas e de conceitos por demais elásticos, permeiam as Diretrizes de cada uma das graduações da área da saúde, onde são encontrados desdobramentos do mesmo teor. Expressões como a inclusão das “dimensões éticas e humanistas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania” (MEDICINA, p.7); a expectativa de uma formação “generalista, humanista, crítica e reflexiva [...] com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos”, [...], “dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética”, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro “atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade” (ENFERMAGEM, p. 9”).

Novamente, aqui, as DCN remetem a conceitos tão amplos quanto ética, humanismo, bioética, cidadania e solidariedade. Torna-se desnecessário pontuar que, mais uma vez, nenhum dos conceitos foi esclarecido em suas muitas vertentes possíveis, podendo a amplitude do documento se prestar as mais diversas composições, quando da necessária revisão dos Planos Pedagógicos das instituições que se seguiram à publicação das DCN. Algumas citações, entretanto, remeterão a uma possível interpretação com viés deontológico, quando, por exemplo, associam os “princípios éticos/bioéticos” aos determinantes “éticos e legais”, assim como os “princípios éticos inerentes ao exercício profissional” a várias das profissões⁹.

A próxima parte deste capítulo procurará demonstrar como essa diversidade de vinculações conceituais se manifesta no pensamento acadêmico da área da saúde através da análise e discussão de algumas das publicações que sucederam à publicação das DCN.

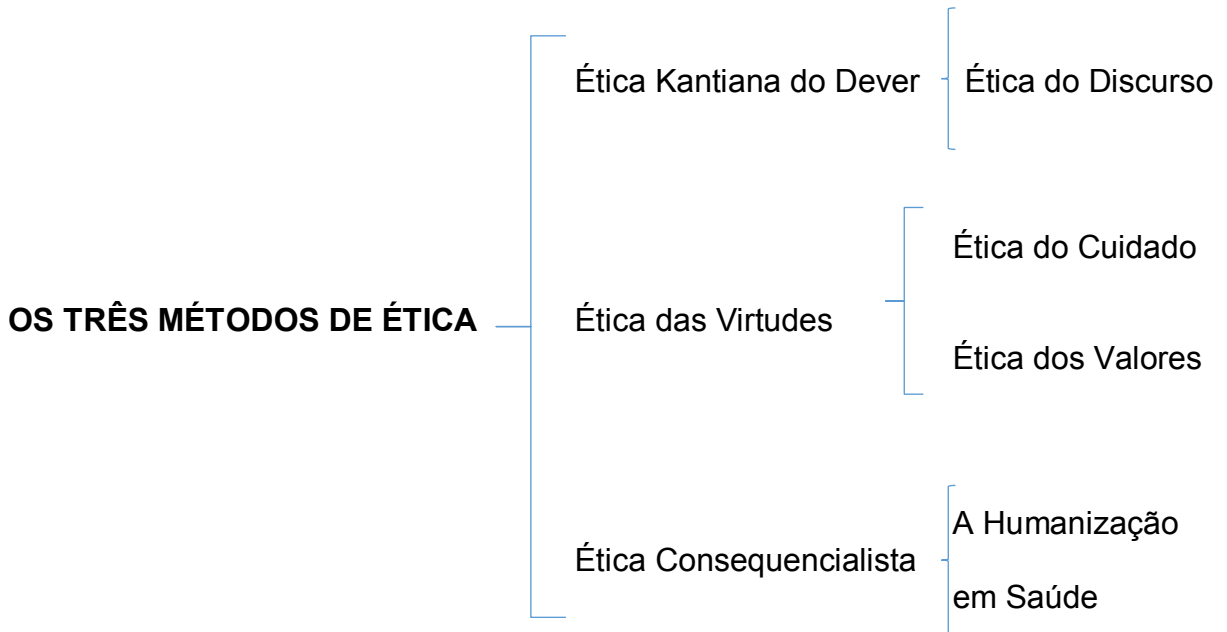
2.3 TRÊS MÉTODOS DA ÉTICA E AS DIFERENTES CONCEPÇÕES PRESENTES NAS PRODUÇÕES ACADÊMICAS

Dentre as múltiplas abordagens existentes sobre os estudos da moral, nos anos recentes, três modos de pensar acerca da moralidade tem dominado largamente o panorama do debate ético. 1) A ética kantiana do dever, que enfoca os ideais da lei universal e do respeito ao outro como a base da moralidade; 2) o consequencialismo, que enfatiza os bons resultados como a base para a avaliação das ações humanas; e 3) a ética das virtudes, que vê as questões morais do ponto de vista do agente moral, com caráter ou motivos virtuosos (BARON; PETTIT; SLOTE, 1997, p.1). Como um modo de encontrar um fio condutor do trabalho e de sistematizar os achados, o referencial desses três autores e respectivos enfoques será a base para a exposição. A representação gráfica, a seguir, demonstra como serão apresentados os autores selecionados que abordam cada uma das vias éticas no tocante ao ensino no Brasil após a publicação das Diretrizes Curriculares

⁹ Farmácia, p. 27; Fisioterapia, p. 31, 34; Nutrição, p. 38, 40; Fonoaudiologia, p. 45; Terapia Ocupacional, p. 51; Medicina Veterinária, p. 59; Biomedicina, p. 67; Educação Física, p. 72-3; e Psicologia, p. 81.

Nacionais. É importante ressaltar, aqui, que a seleção não pretendeu esgotar todas as publicações, senão que demonstrar, através de uma amostragem obtida por relevância nas bases de pesquisa, as diversas vinculações conceituais dos autores, que se fizeram possíveis após a publicação das DCN.

GRÁFICO 1 - Três métodos da ética e as diferentes concepções presentes nas produções acadêmicas



Fonte: Autora, 2015.

A construção foi baseada na classificação de Baron, Pettit e Slote (1997) e nos artigos dos autores brasileiros após a publicação das DCN.

A realização da moral, embora condicionada pelas instâncias sociais (organização social, política e econômica e estrutura ideológica da sociedade) que influem sobre o comportamento, é um empreendimento individual, livre, consciente e responsável que se desenvolve no quadro de certas condições objetivas que determinam as possibilidades de realização da moral numa sociedade determinada (SÀNCHEZ VÁZQUEZ, 2014). Em relação aos termos moral e moralidade, o autor define moral como o conjunto de normas, princípios, imperativos ou ideias morais de uma época (componente normativo); e moralidade representando o componente efetivo das relações humanas concretas, ou seja, norma + comportamento (componente fatural) (p.65-6). Neste trabalho, por referir-se às produções de autores que nem sempre irão pontuar essa diferença conceitual, tais termos serão abordados indistintamente, indicando quando determinado autor se ocupar em distinguir entre eles.

Se a arte explicita as preocupações e mudanças de um contexto inscrito na história de uma determinada cultura e esclarece acerca de seu estágio de

desenvolvimento humano, científico, social e moral; se a verbalização fornece pistas e esclarece sobre o que ocorre no território do pensamento; então, talvez, seja correto pressupor que a produção de conhecimentos a respeito de um determinado tema possa explicitar o modo pelo qual a comunidade acadêmica alicerça a construção de seu pensamento e possa revelar a posição das instituições de Graduação e Pós-Graduação no âmbito do ensino da ética em saúde. As considerações realizadas logo após pretendem demonstrar – através da abordagem realizada por profissionais de diferentes instituições e áreas da saúde – a diversidade de conceitos morais que é priorizada em seus estudos, assim como as possíveis confusões conceituais que tais discussões possam apresentar.

No contexto deste trabalho, a Bioética é incluída não como uma vertente ética tradicional, mas como um fórum de discussões e deliberações acerca dos desafios e conflitos morais nas questões de atenção e pesquisa em saúde e nas questões ambientais (ecologia da saúde). Por considerar que a bioética assume, na saúde, uma condição especial de abordagem transdisciplinar e multifacetada, o final deste capítulo considerará algumas referências feitas por autores brasileiros após a publicação das DCN, no tocante ao ensino da bioética.

2.3.1 A Ética Kantiana do Dever e a Deontologia

Art. 6º Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Medicina devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em medicina. [...] Devem contemplar: [...]III - compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, ecológicos, éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença;

Art. 5º A formação do médico tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas: [...] XXII - manter-se atualizado com a legislação pertinente à saúde. (BRASIL, MEC, 2015).

Embora o conceito de dever na filosofia remonte ao século V a.C., desenvolvido por Zenão de Cício e pelo qual os estoicos entendem o que convém, o que é preciso ser feito, o que é apropriado ou que se encontra em conformidade com a lei natural, é na filosofia moderna alemã, mais precisamente na ética kantiana, que o pensamento do dever atinge o seu mais alto nível especulativo. (SOSOE,

2013, p. 284-90). A ética formal elaborada pelo filósofo alemão no século XVIII defende que os princípios morais são universalizáveis e apresentam-se como absolutos, sem exceção possível. Kant expressou essa necessidade de cumprimento do dever na aplicação prática do agir moral através do Imperativo Categórico. (KANT, 2002). Em sua *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*, o filósofo alemão expõe as condições de possibilidade do dever moral, sem se ater aos seus determinantes psicológicos ou antropológicos, mas preocupando-se com o que dá fundamento à moralidade, válida unicamente para o homem, enquanto ser racional. (BRITO, 1994, p. 24-5). A questão do indivíduo responsável perante todos os outros é central na filosofia moral de Kant. Ela se manifesta quando está em jogo “o amor de cada um pelos outros na mesma medida do seu amor a si mesmo”, visto que seu objeto é a humanidade. Ainda, conceitos como autonomia, universalidade e justificação racional tornam a teoria ética de Kant muito atual, por incluir em sua ética uma motivação que supõe articulação da razão e da sensibilidade. Ao desenvolver a concepção de juízo estético, Kant o desenvolve sempre do ponto de vista do outro. (ROHDEN, 2005). Em uma alusão às outras duas vertentes éticas em questão, Valls (2004), afirma: “A deontologia se preocupa mais com o dever do que com a felicidade, mais com os princípios do que com os resultados, mais com a forma da ação do que com a quantidade de bem que se pode comprovar aparecer em sua esteira”. (VALLS, 2004, p. 23).

Autores de diferentes áreas da saúde apontam para o viés deontológico como o predominante no ensino da ética e estabelecem a ética do dever como o ponto de partida para o estabelecimento de novas propostas no ensino, mesmo quando a proposta ética se fixa em outras vertentes. (ARRUDA CAMARGO, 1994). Baron (1997) alerta para o cuidado que se deve tomar ao abordar a Ética de Kant, onde o dever kantiano é determinado aprioristicamente pelo indivíduo livre (autônomo), no uso de sua racionalidade, diferindo de algumas subseqüentes éticas ditas kantianas, que vinculam-se predominantemente à observância de códigos de ética. Tal observação encontra eco na maioria das publicações discutidas a seguir, que tecem críticas à deontologia, abordando exclusivamente o que ela apresenta de normatividade de ordem externa ao indivíduo, o que as distancia, assim, da ideia de Kant sobre autonomia.

Confirmando a afirmativa do parágrafo anterior, Botti e Rego (2011), reconhecem o predomínio do ensino normativo da ética na Graduação Médica e a primazia do ensino de uma ética voltada aos deveres na Residência Médica, contrapondo-se a essa realidade e afirmando que é importante que a formação moral não seja centrada na discussão do código de ética ou na apresentação de modelos idealizados, “mostrando uma moral exclusivamente heterônoma, baseada no seguimento de normas e princípios pré-estabelecidos, na ética deontológica”. (BOTTI; REGO, 2011, p.77).

Seguindo na linha de estudo que relaciona o ensino da ética ao aprendizado dos códigos morais, Ribeiro e Julio (2011) perscrutam a oferta de disciplinas relacionadas à responsabilidade civil médica, ética, bioética e deontologia. Os autores, que apontam para a necessidade de adaptar os currículos dos cursos de Medicina à realidade social e jurídica vivenciada pelo médico em seu cotidiano, propõem-se a avaliar 18 das 26 matrizes curriculares dos cursos de Medicina do Estado de Minas Gerais, Brasil. Desses 26 cursos, oito não disponibilizam as matrizes curriculares para acesso público, contrariando legislação vigente¹⁰ e, entre os 18 restantes, 6 não possuem nenhuma disciplina sobre ética, bioética, deontologia ou responsabilidade civil. Dos 12 cursos restantes, 9 cursos oferecem a disciplina de ética, 8 a de bioética e apenas 3 a disciplina de deontologia (p. 265). O artigo remete, ainda, à questão da ausência de oferta de disciplinas sobre ética normativa e responsabilidade civil e caracteriza tal ausência como preocupante e dissociada de uma realidade em que o aumento das denúncias, sindicâncias e processos sobre questões ético-disciplinares aumentam progressiva e rapidamente. (RIBEIRO; JULIO, 2011, p. 266).

2.3.1.1 A Ética do Discurso

Através da publicação da “Ética do Discurso” (1982), Habermas aplica sua concepção de racionalidade a questões de teoria normativa e propõe um conceito

¹⁰ Brasil. Ministério da Educação. Portaria no. 2.864, de 24 de agosto de 2005, Diário Oficial da União. Brasília, de 26 de agosto de 2005. A Portaria 2.864 determina que: Art. 1º - As instituições de educação superior deverão tornar públicas e manter atualizadas, em página eletrônica própria, as condições de oferta dos cursos por elas ministrados. Parágrafo único. Das condições de ofertas dos cursos superiores deverão constar, no mínimo, as seguintes informações: [...] III - programa de cada curso oferecido e demais componentes curriculares, sua duração, requisitos e critérios de avaliação. (BRASIL, MEC, 2014).

intersubjetivo de razão prática e procedimento discursivo para a justificação de normas universais. O filósofo da Escola de Frankfurt propõe a ética do discurso como uma ética que não tem como dispensar a comunidade hermenêutica, que é necessariamente normativa. Se em Kant a decisão sobre a melhor ação é prerrogativa do indivíduo autônomo, o Princípio do Discurso de Habermas oferece uma versão dialógica da ideia de universalização kantiana, através da qual uma norma se justifica se, e somente se, conseguir ter a concordância racional de todos os atingidos. Da autoridade do procedimento que a comunidade real de comunicação possui, decorre a tarefa de formular normas a partir de critérios universalizáveis. Se a comunidade de comunicação possui a autoridade de formular normas, possui-a, também, para interpretá-las. A partir de sua capacidade de agir e de falar, ela tem a capacidade de colocar em questão as normas que regem a sua convivência social. No embate do melhor argumento, permanece a norma que convence a todos os concernidos. (TELLES DE MELO, 2007, p.14).

A ética do discurso torna-se extremamente atual em um momento em que cada uma das ciências, isoladamente, não dá conta de impasses que se colocam fronteiriços e demandam pela interseção de vários saberes para tentar responder as questões éticas que surgem. Assim, a comunidade hermenêutica envolvida necessita dialogar e estabelecer consensos, normatizar e interpretar as normas de ação convenientes a cada situação. Essa interdisciplinaridade foi abordada por Habermas ao afirmar que a filosofia faz um elo com as outras ciências, colaborando para esclarecer os fenômenos estudados por meio de procedimentos e argumentações, enquanto a filosofia tiver que “contribuir para o aclaramento das intuições cotidianas adquiridas no curso da socialização, ela terá que partir, pelo menos virtualmente, da atitude dos participantes da prática comunicativa cotidiana.” (HABERMAS, 2003, p. 67).

As teorias éticas de Habermas e Kant assemelham-se pela característica de nenhuma tratar de conteúdos morais determinados, mas sim por propor o modo pelo qual se obtém uma resposta para a melhor decisão sobre questões morais. A despeito de inúmeras críticas de Habermas a Kant, o que Habermas propõe, em relação às regras que darão apoio à conduta moral, é uma apropriação da teoria de Kant, modificando-a, através da teoria da Ação Comunicativa. Assim, se, em Kant,

as obrigações e as respectivas regras que regem a conduta moral deviam ser obtidas pela razão, a partir da apreciação singular da sua

possível generalização social (aja de maneira que sua conduta possa ser adotada por todos os outros membros da sociedade), Habermas “coletiviza” o Imperativo Categórico, a partir da submissão das ações e normas de conduta ao princípio “U”, propondo: ajamos de modo que as consequências das nossas ações mesmo quando nossas ações buscam apenas nossos interesses mais individuais, possam ser aceitas e toleradas por todos de forma livre (p.330).

Por certo, aqui, a principal diferença entre Kant e Habermas se encontra no fato de que a adesão às regras que darão apoio à conduta moral não provém da razão transcendental (KANT), mas sim, da Razão Comunicativa (HABERMAS). Fica evidente, mais uma vez, a opção de Habermas pela filosofia da linguagem em oposição à filosofia da consciência. (PROCÓPIO, 2015, p.330).

Caregnato, Martini e Mutti (2009), apoiando-se sobre a teoria habermasiana, conduziram um estudo a partir de entrevistas realizadas com docentes de universidades públicas e privadas do sul do Brasil. A análise do discurso resultante do estudo evidencia a não institucionalização da responsabilidade sobre a formação ético-moral do discente pela universidade. A adesão dos docentes a um discurso frequentemente circulante no meio pedagógico, através do qual a formação moral e educação do sujeito deveria ser responsabilidade da família aponta, por vezes, para uma confusão entre ética e educação. As autoras perceberam também a expressão de uma associação genérica, vinculando a ética com a educação e a humanização. Procurando evidenciar a omissão da escola e da família no processo de formação ético-moral e educação do jovem, relatam a emergência de posições opostas, tanto de valorização dos princípios ético-morais na formação do discente, quanto de falta de comprometimento com o tema da ética. Essa falta é atribuída ao outro, à crise ético-moral-social, à família e à escola, transpondo a universidade. Nessa posição, os docentes não assumiriam a responsabilidade, nem problematizariam a questão da ética, passando a ser responsabilidade da família, que a repassa à universidade que, por sua vez, transfere-a aos docentes que, por meio de ação individual e intencional, tentam suprir essa deficiência na formação dos discentes. Como alguns docentes não se filiam discursivamente a esse sentido, o discurso reforça a necessidade de institucionalizar posturas que desenvolvam a consciência coletiva do corpo docente. (CAREGNATO; MARTINI; MUTTI, 2009, p.718). Paralelamente ao sentido obtido pelo discurso dos docentes de esvaziamento ético-moral-social como transcendente à Universidade, foram identificados o resgate da ética humanística na

formação dos discentes da saúde e a proposição da ética dialógica para o enfrentamento dos dilemas morais. Com relação à proposição das DCN, foi identificado um posicionamento heterogêneo do sujeito-docente universitário sobre a questão ético-moral, onde emergiram os sentidos de humanismo, conformidade com a legislação e domínio de conhecimentos e práticas. Apesar da heterogeneidade de temas e abordagens dos docentes, segundo os autores, o discurso dos sujeitos revela um efeito de monologismo ¹¹, que reproduz as vozes contraditórias das DCN (p. 719). As autoras, que propõem a Ética do Discurso como via ética, denunciam que tal efeito de unicidade produzido pelos conceitos presentes nas DCN apresenta uma homogeneidade ilusória, fato que se contrapõe à teoria ética de Habermas. (HABERMAS e APPEL) ¹²

2.3.2 A Ética das Virtudes

Na ética das virtudes, ou ética da formação prudente do caráter, ou ainda, simplesmente ética do caráter, em contraste com as éticas pautadas por regras ou leis, o foco situa-se sobre o agente que executa as ações e faz suas escolhas, suas virtudes individuais e as disposições internas e motivações que o qualificam como um indivíduo virtuoso. (CORTINA, 2002, p. 105) ¹³. *Aretaic* é a palavra grega que

¹¹ Monologismo: procedimento narrativo ou discursivo em que as vozes dos diferentes participantes estão sob um mesmo tom. O monologismo é uma forma de discurso no qual não se diferencia entre as distintas vozes participantes, que aparecem com o mesmo estilo, a mesma entonação e léxico. Contrapõe-se à ética do discurso.

¹² Habermas, Jürgen (1929). Filósofo e teórico social alemão, é um dos principais representantes da segunda geração da escola de Frankfurt. Em sua publicação "Ética do discurso: notas sobre um programa de justificação moral" (1982) propõe um conceito intersubjetivo de razão prática e procedimento discursivo para a justificação de normas universais. Este "princípio do discurso" oferece uma versão dialógica da ideia de universalização de Kant; uma norma justifica-se se, e somente se, conseguir ter a concordância racional de todos os atingidos. (Verbete. Dicionário Cambridge de Filosofia. 2011, p. 442) A Ética do Discurso, traçada por Habermas e Karl-Otto Apel a partir dos anos 1970 reconstrói os conceitos clássicos na ética ocidental, de *pessoa* e *igualdade*. Para os autores, que oferecem um fundamento da moral que transforma o princípio formal kantiano da autonomia da vontade no princípio procedimental da ética discursiva, todo *interlocutor* válido, ou seja, todo aquele que pertença à comunidade linguística deve ser incluído na argumentação, quando esta versa sobre fatos que o afetam. Assim, "só são válidas aquelas normas de ação com as quais poderiam estar de acordo todos os possíveis afetados como participantes em um discurso prático". Nele, "todos os seres capazes de comunicação linguística devem ser reconhecidos como pessoas, pois em todas as suas ações e expressões são interlocutores virtuais, e a justificação ilimitada do pensamento não pode renunciar a nenhum interlocutor e a nenhuma das contribuições virtuais para a discussão". (CORTINA; MARTINEZ, 2013, p. 151-2).

¹³ Adela Cortina, 1996, refere-se à formação prudente do caráter (p. 105). Também Beauchamp e Childress utilizam ética da virtude como sinônimo de ética do caráter.

designa excelência ou virtude, em contraponto a *deontic* – dever ou necessidade ¹⁴. A virtude moral pode ser compreendida como “disposição para agir ou o hábito de agir de acordo com os princípios, as obrigações e os ideais morais”. Desse modo, uma ética da virtude considera primariamente quão nobre ou ignóbil, admirável ou deplorável, bom ou mau é o caráter do agente, ao invés de que ação é obrigatória, permissível ou errada. (SLOTE, 1997, p.175-179 In: BARON; PETTIT; SLOTE, p. 175-238). Essa vertente do estudo da moral remonta a Aristóteles, que ressalta a relação entre uma vida de virtude e uma vida próspera e bem-sucedida, adaptada à natureza humana (ver *Ética a Nicômaco*, I,6). (DENT, 2013, p.1070-4). Segundo o filósofo, uma pessoa moralmente virtuosa é aquele que associa a ação correta à virtuosa disposição de espírito: “portanto, as ações são ditas justas e temperadas quando são tais como as praticaria o homem justo e temperante; mas o homem que as pratica não é justo e temperante apenas por praticá-las e sim porque as pratica tal como fariam os homens justos e temperantes”. (ARISTÓTELES, 2012, Livro II,1105 b 5-15).

Uma aparente recrudescência das discussões acerca da ética das virtudes tem sido percebida nas publicações em saúde, particularmente aqui abordadas junto às éticas do cuidado e dos valores, embora haja alguma discussão sobre a pertinência da classificação da ética do cuidado como agente-centrada. É possível que uma indefinição desse tipo também se manifeste na produção de alguns autores brasileiros elencados nos próximos itens, determinando que ora eles apontem para uma ética do cuidado para, em seguida, defender os valores e princípios que devem nortear o ensino e a conduta ética dos profissionais.

Dentre os autores brasileiros que abordam a ética das virtudes, destaca-se o que Rego (2003) considera sobre o ensino da ética de tal vertente. O autor questiona: se a virtude pode ser ensinada, então como ensinar virtudes e valores aos estudantes? Que virtudes deveriam ser ensinadas e quem determinaria isso? Ainda, quais seriam as “virtudes básicas” (p. 167) aceitas consensualmente como as mais importantes em uma sociedade democrática e plural? Não é papel do professor e nem da instituição definir quais valores deverão ser ensinados, - argumenta o autor, que considera a importância do exemplo docente e da influência do currículo

¹⁴ Do mesmo modo que ‘Deontic’ (Deon), já anteriormente citado, encontra a tradução em necessidade ou dever, de acordo com o autor pesquisado, também ‘Aretaic’ pode ser a anglicização do grego aretê/areté. Procuramos ser fiéis às palavras utilizadas pelo autor citado.

oculto na formação moral dos estudantes, - mas sim, estabelecer os métodos, técnicas e conteúdos mais adequados para atingir o objetivo da formação moral: o favorecimento ao desenvolvimento da capacidade do indivíduo e do grupo de lidar de forma respeitosa com a diversidade de opiniões. (REGO, 2003, p. 167-8).

É interessante perceber que as publicações de autores brasileiros que abordam as éticas centradas no agente afixam-se, na quase totalidade das publicações analisadas, a mais de uma vertente. Para respeitar as abordagens de autores como Fiuza Sanchez e colaboradores (2012) e Carneiro, Costa e Pequeno (2009), que abordam a ética do cuidado e a ética dos valores em seus trabalhos, manteremos suas citações em ambas as categorias, discutindo-as, novamente, ao se tratar das confusões conceituais, no item 1.5.

2.3.2.1 A Ética do Cuidado

Embora seja questionável se a ética apontada por Carol Gilligan, em 1982, e por Nel Noddings, em 1984, seja fundamentalmente centrada no agente (ser cuidadoso), vinculando-se, assim, à teoria ética das virtudes, ou se, pelos resultados inerentes ao ato de cuidar, deveria ser alinhada ao consequencialismo, Slote (1997), que advoga por uma ética neo-aristoteliana das virtudes baseada no senso comum, aborda o cuidado, a compaixão e a benevolência como características do agente, podendo tal via ética fornecer mais recursos nas decisões morais do que o consequencialismo/utilitarismo. (SLOTE, 1997, p. 230-236).

A ética caracteristicamente feminina defendida por Gilligan é centrada mais em relacionamentos do que em obrigações e valoriza características do agente como a simpatia, a fidelidade, o discernimento e o amor na tomada de decisões morais. As questões referentes às características do agente, que o levam a um compromisso emocional com o agir em benefício de outras pessoas com as quais se tem um relacionamento significativo, opõe-se à formulação de regras universais proposta por Kant e aos cálculos imparciais voltados aos resultados da ação do utilitarismo. Para exemplificar de que maneira alguns dos autores vinculam o ensino

da ética à vertente do cuidado, apresentam-se os estudos de Fiuza Sanchez e colaboradores (2012)¹⁵ e Carvalho (2009).

Um dos sintomas mais marcantes da crise civilizacional que vivemos, denunciam Fiuza Sanchez e colaboradores (2012), é caracterizado por promover o distanciamento, a solidão e a perda da essência humana, representada pelo cuidado. Caminhos de cura passam necessariamente pelo resgate do cuidado, entendido como a possibilidade de valorização da solidariedade e do valor humano. A apreciação de valores éticos capazes de transformar a ciência e a tecnologia em medicina para a humanidade, através do reconhecimento da determinação social da saúde-doença (reconhecendo essa complexa teia e tentando intervir nos fatores desencadeantes dos processos patológicos), pode se constituir em crédito para uma prática do cuidado, baseado na atenção à saúde e não meramente na assistência, resultando em uma atuação profissional mais efetiva.

Alguns autores identificam – assim como SLOTE (1997) – potenciais diferenças conceituais na abordagem da ética do cuidado e da semântica do ‘cuidado’. O artigo de reflexão de Carvalho (2009) faz uma abordagem reflexiva sobre a epistemologia do cuidado na formação dos sujeitos de conhecimento na área da Enfermagem,

[...] um sistema ético de nova perspectiva do cuidado à saúde, em âmbito de nova visão das coisas acerca de assistir pessoas enfermas ou sadias com carências de cuidado, de medidas de apoio e de instruções de enfermeiras especialmente formadas, tecnicamente treinadas, para ajudar na recuperação da saúde e na manutenção da vida (p.407).

Ao longo do referido texto, a autora posiciona-se contrariamente ao conceito de cuidar sem predicação/objetividade nas ações profissionais e defende, “reunindo conhecimentos compatíveis ao modelo de ensino e à prática assistencial e ordenando-se em esquemas de abordagem formal e conteúdo material aliados aos preceitos éticos e a um estilo peculiar de prestar/ofertar o cuidado predicado como de Enfermagem” o atributo de uma epistemologia do cuidado e a “construção dos sujeitos de conhecimento” em Enfermagem. Discute a polissemia do termo cuidado e a necessidade de estabelecimento do objeto-fulcro de estudo ou dado de interesse específico a cada área, questionando a “invocação recente da Medicina do “cuidado”

¹⁵ Pesquisa que avalia concepções de dimensões relacionadas à APS com alunos do 8º. e 9º. períodos de uma faculdade de odontologia.

como termo de sua alçada diagnóstica e espaço de perspectiva clínica na área da saúde. Afirma que não há conceito de disciplina específica que se sustente diante de tal conflito de ideias e possibilidade polissêmica e postula que o uso do termo cuidado seja de exclusividade da Enfermagem. (CARVALHO, 2009, p. 409-10).

Carneiro, Costa e Pequeno (2009), que serão discutidos no item a seguir, defendendo uma vertente ética das virtudes pautada por valores, também situam o cuidado como objeto da área da Enfermagem. Apontam como oportuna a compreensão sobre como a Enfermagem arrogou-se o cuidado como objeto e finalidade de sua ciência. Estabelecem que tal domínio, na Enfermagem, é “mais que um elemento objetivo, teórico-científico, já que ele exige a percepção de um componente axiológico-intersubjetivo capaz de ajudar o cuidador a estabelecer uma ocasião de cuidado empático e autêntico centrado no outro” (p. 723). Tal atividade, segundo os autores, demandaria habilidades do enfermeiro, como o reconhecimento de valores pessoais, o dever de instilar fé e esperança, o cultivo à sensibilidade, o estabelecimento de uma relação de ajuda-confiança que permita a expressão de sentimentos e a sistematização de um processo de cuidar científico e criativo (p. 723).

Paralelamente à questão levantada por Slote (1997) sobre a que vertente ética pertenceria a questão do cuidado – virtudes ou utilitarismo - parece importante avaliar se a reivindicação de Carvalho (2009) e Carneiro, Costa e Pequeno (2009), fala sobre o direito da apropriação, com exclusividade, de uma via ética (a do cuidado) por uma profissão, o que já seria suficiente para uma ampla discussão, ou se tal abordagem, sobre a polissemia do termo, poderia conter outra questão – essa mais subliminar - de percepção de invasão/necessidade de delimitação do espaço de atuação e prerrogativas corporativas profissionais.

2.3.2.2 A Ética dos Valores

Art. 14. A estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: [...] VIII - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade; (DCN para Enf. Art. 14, Inciso VIII, p. 6)

Art. 12. A estrutura do Curso de Graduação em Medicina deve: [...] III - incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania; (DCN para Med. Art. 12, Inciso III, p. 5). (BRASIL, MEC, 2014).

Postulando que o ensino dos valores precisa estar expresso no Projeto Pedagógico do Curso de Graduação de Enfermagem, Ferreira e Ramos (2009) sugerem que a exposição e discussão de uma amplitude de valores facilitará aos alunos o conhecimento e a tomada de consciência de um conjunto de princípios que lhe sejam pessoais e que, possivelmente, se modificarão em decorrência das experiências a que estarão sujeitos ao longo de sua existência, incluindo a própria vida profissional. Apontam para os princípios do Sistema Único de Saúde como princípios éticos que necessitam ser discutidos e confrontados, defendendo o ensino dos valores universais como justiça, igualdade, solidariedade, benevolência, tolerância, respeito, participação, compromisso e cooperação, através da autonomia e da crítica. (FERREIRA; RAMOS, 2009).

A disseminação dos valores éticos no ensino do cuidar em Enfermagem também é tema de discussão de Carneiro, Costa e Pequeno (p. 722). Os autores investigam – através de um estudo com desenho fenomenológico - como 12 professores do departamento de Enfermagem de uma universidade do nordeste brasileiro disseminam valores éticos no ensino da Enfermagem a partir do referencial axiológico de Max Scheler. Os resultados do trabalho demonstram que o estudo dos valores não pode ser apenas teórico, mas precisa ser aprofundado, respaldando-se em uma experiência real ou imaginária, a fim de encontrar valores que conduzam a uma maior responsabilidade em relação ao outro. Postulam que o ensino de Enfermagem deve ser um ato comprometido com o outro, seus valores e suas relações, facilitador de um *ethos* pautado pela reciprocidade e solidariedade, cujo profissional, ao término de sua formação, seja capaz de reconhecer a necessidade e complexidade do ser humano. Os autores destacam que uma pedagogia dos valores “direciona o olhar para conferir um sentido à vida, reconhecer e respeitar à dignidade de cada ser” (p. 728). Concluem que a ética pautada na reflexão sobre valores é um guia para o surgimento de uma nova prática de Enfermagem, mais sensível e, talvez, menos racional. Em sua reflexão sobre o ensino da Enfermagem, entendem que um processo educativo interligado com valores, pressupõe, como pilares, a descoberta, a incorporação e a efetivação de valores positivos pelo ser humano.

O artigo apresenta uma questão de interessante observação, que se repete em inúmeras publicações de outros autores e que encontrará espaço de discussão em item subsequente: uma certa confusão conceitual sobre qual abordagem ética

defender no exercício e no ensino. Tal confusão já foi abordada quando da discussão anterior sobre a univocidade dos docentes acerca das DCN, repetindo o discurso múltiplo do documento. Aqui, parece haver alguma contradição a respeito do que os autores sugerem, ao referir-se tanto à ética do cuidado quanto dos valores e – ainda – do dever:

Contemplando o ensino da ética no cuidado em enfermagem, compreende-se que é necessário aprofundar o conhecimento sobre as teorias dos valores para se poder encontrar valores e deveres que nos conduzam a uma maior responsabilidade em relação ao outro. (p. 723).

[...] ademais, sob este prisma em que se insere o componente ético como um norteador de ensino e do próprio cuidado em enfermagem, é necessário que pesquisadores, professores e enfermeiros se debrucem com maior afinco sobre o estudo da ética dos deveres. (p.729).

Na esteira dos autores que, enfocando sobre uma via ética centrada no agente, abordam indistintamente a ética do cuidado e a dos valores, Fiuza Sanchez e colaboradores (2012)¹⁶ reconhecem a importância dos conhecimentos científicos relacionados aos valores das pessoas na formação dos Cirurgiões-Dentistas que exercem suas atividades na Atenção Primária à Saúde. Os autores, já citados, também no item destinado à ética do cuidado, consideram a Atenção Primária à Saúde como um nível da atenção à saúde dirigida por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética. Postulam que a atuação dos cirurgiões dentistas não deve se limitar a um “adestramento” teórico-prático, e consideram que possuir um amplo conhecimento acerca dos valores das pessoas e cuidar da vida como um valor primário, respeitando a dignidade e integridade dos usuários e atuando com solidariedade em busca de excelência e equidade é dever dos profissionais.

2.3.3 As Éticas Consequencialistas: o Utilitarismo

A despeito de constituir uma vertente ética que trata do resultado das ações, que devem visar beneficiar o maior número de seres humanos envolvidos e que embasa eticamente a tomada de decisões em questões distributivas em saúde pública, norteando a administração e o planejamento sanitário das populações sustentado pela epidemiologia e por conceitos como relevância e transcendência em

¹⁶ Pesquisa que avalia concepções de dimensões relacionadas à APS com alunos do 8º. e 9º. períodos de uma faculdade de odontologia.

saúde, os artigos de reflexão produzidos após a publicação das DCN não se ocupam especificamente do consequencialismo/utilitarismo como via ética. Uma ampla busca nas bases da Biblioteca Virtual da Saúde associando os termos: Ética, Ensino, Saúde e Consequencialismo ou Utilitarismo não obtiveram resultados. Nas raras vezes em que o abordam – comparativamente à citação das éticas do dever ou das virtudes – o fazem de maneira marginal, alguns como crítica ao modelo utilitarista, outros noticiando a abordagem do utilitarismo como disciplina que compõe o campo da bioética. (ALMEIDA; CASTIGLIONI, 2005).

Ao abordar a perspectiva consequencialista, Petit *et al* (1997, p. 92) alerta para a demonização de que vem sendo vítima o consequencialismo como uma falha na apreciação das restrições pelas quais um raciocínio moral deve ser responsável. Esse parece ser o caso da crítica veiculada por Germano (2014, p. 4), ao tratar da Evolução do Ensino da Ética para Enfermeiros:

A enfermagem, pelas circunstâncias históricas em que se constituiu, tem assumido uma postura conservadora, predominando um ensino não-reflexivo, dentro de uma visão a-histórica. E não obstante as mudanças ocorridas ao longo dos anos 80 prepondera na enfermagem brasileira uma ética alienada e utilitarista.

Ao avaliar o pensamento ético veiculado por uma revista que trata de temas relacionados à Enfermagem ¹⁷ e dos programas de ensino de diferentes escolas de Enfermagem do Brasil, o autor afirma que a ética ensinada é pautada por princípios religiosos, com foco à obediência, à hierarquia e falta de autonomia.

2.3.3.1 A Humanização em Saúde

Embora não seja entendida como uma vertente ética, a humanização inscreve-se no ensino e na atuação em saúde sob uma ótica de obtenção do resultado que aporte maior quantidade de bem-estar (felicidade) e reduza o sofrimento através da gestão de processos e relações de trabalho, melhorando a assistência em saúde. A humanização não é somente um tema frequente de discussão, mas um modo de gestão nos serviços públicos de saúde, nos textos oficiais e nas publicações da área da Saúde Coletiva e – pela frequência com que surge na maioria dos textos pesquisados -, não poderá deixar de ser tratada neste

¹⁷ A publicação em questão é a Revista Brasileira de Enfermagem.

capítulo. Por tratar-se de política, entendida como conjunto de ações que visam à melhoria nas condições de trabalho e produção em saúde, insere-se na ambiência da responsabilidade sobre os resultados das ações é percebida, sob esse ponto de vista, com um enfoque consequencialista-utilitarista.

Embora o termo laico “humanização” possa guardar em si um traço maniqueísta, seu uso histórico o consagra como aquele que rememora movimentos de recuperação de valores humanos esquecidos ou solapados em tempos de frouxidão ética. Em nosso horizonte histórico, a humanização desponta, novamente, no momento em que a sociedade pós-moderna passa por uma revisão de valores e atitudes. Assim, direitos humanos, bioética, proteção ambiental e cidadania, mais que conceitos emergentes, são práticas que vão ganhando espaço no dia a dia das pessoas, convocando-nos para o trabalho de construção de outra realidade (RIOS, 2009). Nos últimos anos, sete artigos abordaram a questão da humanização como questão-chave no ensino dos profissionais de saúde. Nessas publicações, mais uma vez, reflete-se a predominância dos artigos escritos a respeito da formação e atuação médica, e preconiza-se o ensino sistemático da ética e dos princípios humanísticos aos médicos e cirurgiões (GOMES e COLABORADORES, 2010; SCHUH e ALBUQUERQUE, 2009; RIOS, 2009); TEIXEIRA, 2009, SOARES JUNIOR, GOMES e DOARES, 2010; ROQUE e LIMA e COLABORADORES, 2011. Os outros autores abordaram o tema de uma forma generalista e extensiva aos profissionais da saúde. De acordo com Rios (2009, p. 254), a humanização pode ser compreendida como:

Princípio de conduta de base humanista e ética; Movimento contra a violência institucional na área da saúde; Política pública para a atenção e gestão no SUS; Metodologia auxiliar para a gestão participativa; e tecnologia do cuidado na assistência à saúde.

Para a autora, a humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas.

Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que tem como consequência uma maior qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional. Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas o reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes, de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados. A humanização propõe a construção coletiva de valores

que resgatem a dignidade humana na área da saúde e o exercício da ética, aqui pensada como um princípio organizador da ação. O agir ético, nesse ponto de vista, se refere à reflexão crítica que cada um de nós, profissionais da saúde, tem o dever de realizar, confrontando os princípios institucionais com os próprios valores, modo de ser e pensar e agir no sentido do bem.

Em relação ao modo como desenvolver institucionalmente uma cultura humanística que possa refletir-se na atenção integral e ética aos usuários e pacientes, Rios, (2009), aponta para os instrumentos que podem assegurar esse processo: a informação, a educação permanente e a gestão participativa. Para a autora, são particularmente importantes as estratégias que se destinam à educação e ao desenvolvimento do profissional da área da saúde e ações institucionais que visem ao cuidado às situações de sofrimento e estresse decorrentes do próprio trabalho e ambiente em que se dão as práticas de saúde. Sugere ações que facilitem a humanização em qualquer contexto, como a criação de espaços de discussão para a contextualização do sofrimento ocupacional dos profissionais de saúde, a decisão coletiva sobre a organização do trabalho e a criação de equipes transdisciplinares que sustentem a diversidade de discursos presentes na instituição.

Defendendo a premissa de que a formação médica não pode prescindir da transmissão de valores humanísticos e do aprendizado de conhecimentos próprios das ciências humanas, Schuh e Albuquerque (2009) preconizam que a escola de Medicina proporcione um espaço de discussão dos problemas éticos, visando desenvolver nos alunos a capacidade de lidar com os problemas do campo da moral, com os quais inevitavelmente se defrontarão.

2.4 A BIOÉTICA

Se várias possibilidades de resposta moral e interpretação ética são comportadas pelas diversas instâncias da ação e do ensino em saúde, a bioética encontra-se definida no artigo de Junges e Barbiani (2013) como a forma adequada de identificar e responder aos desafios éticos da atenção primária em saúde. Abordando as diferentes lógicas que fundamentam a clínica hospitalar e a clínica ampliada da atenção primária, os autores, que apontam para a necessidade de

pensar os problemas éticos sob a especificidade própria a cada instância, estabelecem a distinção entre conflitos e desafios éticos. Os primeiros, pertencendo ao cenário da clínica hospitalar (conflito entre diferentes soluções possíveis, cuja decisão deve lançar mão dos princípios e dos deveres dos códigos profissionais); e os desafios éticos, que “ordenam respostas amplas que não são claras, à primeira vista, exigindo hermenêutica, muita discussão e pactuação coletiva para encontrar o caminho de responder à exigência implícita no desafio, por tratar-se de realidades a construir” (JUNGES; BARBIANI, 2013, p. 208). Assim, por não depender primariamente de normas, mas do reconhecimento dos bens e valores relacionados ao contexto, a bioética seria a resposta aos desafios éticos inerentes à atenção primária, não como uma escola ética ao lado de outras, mas como um foro de discussões, um espaço para a interação entre múltiplos conhecimentos e possibilidades de resposta através do exercício da hermenêutica.

A despeito disso, alguns dos textos publicados após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (2003) apontam para o ensino da bioética como via de compreensão e aporte do ensino da ética aos profissionais da saúde. Apesar de a bioética ser um evento recente na história, Pessalácia e colaboradores (2011) pontuam o fato de que sua influência nas ações e pesquisa em saúde vem crescendo significativamente, conquistando admiração e respeitabilidade internacional. As autoras consideram que os currículos dos Cursos de Graduação voltados para formação de profissionais nas áreas relacionadas às ciências da vida e da saúde, estão procurando ir além da deontologia e dos códigos normativos da ética profissional e evidenciam, na função social do ensino da bioética, um duplo desafio pedagógico: prover ao estudante recursos para o entendimento das bases conceituais e dos fundamentos da bioética e promover a prática da reflexão crítica acerca dos conflitos morais com os quais, provavelmente, irá se deparar em sua atuação profissional em saúde.

Um percentual expressivo dos cursos de formação tem embasado o programa de ensino de ética sobre a disciplina de Bioética. Avaliando que a deontologia é insuficiente para preparar eticamente os futuros profissionais, ainda que fundamental por expressar a moral na qual os futuros profissionais serão socializados, Rego (2003) sugere a inclusão da ética nos currículos acadêmicos por meio do ensino de bioética. Um estudo documental foi conduzido por Gomes, Moura e Amorim, (2006)

abordando a oferta de disciplinas de ética e bioética e a transversalidade com que essas disciplinas são tratadas ao longo do curso de Medicina em duas faculdades brasileiras, no Ceará, Brasil. Os autores constataram que ambas as instituições abordam a ética e a bioética em disciplinas específicas e também transversalmente em várias inserções em outras disciplinas. Apontam para a importância da composição mais diversificada de profissões entre os docentes da Medicina, garantindo uma maior possibilidade de abordagem multidisciplinar dos enfoques em saúde.

Também a oferta de disciplinas relacionadas à bioética foi pesquisada por Dória e Moreira (2014), mas dessa vez a investigação deu-se sobre os Cursos de Graduação de Biologia. As autoras informam que somente a metade das faculdades oferece a disciplina e, das ementas obtidas, a maior parte delas situa-se sobre o enfoque biomédico.

Outro estudo, de características similares, foi conduzido para investigar a oferta de disciplinas de bioética em Cursos de Graduação em odontologia em São Paulo, Brasil. Nele, Musse e colaboradores (2007), encontraram apenas quatro cursos, entre 47 estudados, que ofereciam a disciplina. Os autores alertam para a discrepância entre o preconizado pelas DCN para a área, e o que de fato é realizado.

Considerando a Bioética mais ampla do que a própria ética por englobar várias ciências, Mendonça, Villar e Tsuji (2009) consideram-na uma “nova ciência ética que combina humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar e intercultural, que potencializa o senso de humanidade”.

Citação especial é necessária à questão das alusões ao principlismo como norma de ensino e conduta da moral. Schramm, Palácios e Rego (2008) publicaram um estudo que questiona se esse modelo bioético ainda é satisfatório para a pesquisa científica envolvendo seres humanos. As conclusões dos autores sustentam a pertinência do modelo principlista para a análise e solução dos principais problemas morais que surgem na pesquisa envolvendo seres humanos, mas questionam a validade – como exemplo – da aplicação do termo de consentimento em populações onde a carência, ao invés da autonomia, possa conduzir as decisões acerca da participação em pesquisas. Nessa situação, os autores avaliam que o modelo principlista não parece ser o mais apropriado para

as questões relacionadas à saúde pública, uma vez que os direitos sociais não são necessariamente do mesmo tipo dos direitos individuais.

Como resposta à questão dos extremos do *princípioalismo versus consequencialismo* no ensino da ética, e em um contexto de novas e inusitadas conquistas da biotecnociência, a bioética afirma-se como uma disciplina que acontece no debate entre as diferentes áreas do conhecimento humano e assenta-se, além da pesquisa, sobre a ética clínica. Entre os vários métodos propostos para a resolução dos conflitos éticos no âmbito clínico nos últimos tempos, Diego Gracia (2003) apresenta um dos métodos baseados nos princípios de tomada de decisões, que se encontram ao lado de outros apontados pela tradição filosófica, como a *casuística*, a *hermenêutica*, o *pragmatismo* e o *princípioalismo*, entre outros. O autor propõe a *deliberação* como a pedra angular para a viabilização de qualquer metodologia, tendo em vista que as decisões éticas clínicas não são completamente racionais, mas envolvem valores, sentimentos e crenças diferentes. No processo de deliberação, cada indivíduo afetado pela decisão é considerado um agente moral, e assim é convocado a expor suas razões e ouvir as razões dos outros envolvidos. Diferentemente do proposto pela ética do discurso, o objetivo não é a obtenção do consenso, mas o enriquecimento dos pontos de vista para a maturação do processo de tomada da decisão prudente. O processo de deliberação requer, assim, a escuta cuidadosa com o intuito de compreender a situação como um todo, analisar os valores envolvidos e os argumentos racionais dos possíveis cursos de ação, escolhendo entre eles o mais apropriado. Após essa escolha, o passo final do método deliberativo, segundo Gracia, é avaliar a consistência da decisão através da consideração de três questionamentos, sobre a legalidade (a decisão é legal?), a publicidade (é passível de defesa pública?) e a permanência da decisão através do tempo (a decisão seria a mesma, considerada a passagem de alguma quantidade de tempo?). (GRACIA, 2003).

Por considerar a necessária resposta dada pelas teorias da complexidade e da transdisciplinaridade nas relações do conhecimento científico, Junges (2006) afirma a bioética como “um exemplo paradigmático de reação ética a um conhecimento fracionado e reducionista do ser humano e do ambiente natural” (p.30). O autor propõe que a bioética, enquanto atua de forma *casuística* nas questões imediatas e pragmáticas da prática clínica, possa debruçar-se também

sobre a hermenêutica, a fim de “explicitar seus interesses, interpretar suas pré-compreensões e ter presente o significado simbólico das ações humanas” (p.12). Considerando a bioética casuística norteadas pelos princípios e àquela que apoia suas decisões sobre uma taxonomia de casos paradigmáticos, com relação à Pedagogia da Bioética, Junges refere-se às sugestões didáticas propostas por Arras (1991 *apud* JUNGES, 2006, p. 42), com o objetivo de que os alunos possam aprender a realizar o diagnóstico moral das situações através da análise de vários casos análogos, paradigmáticos, reais e complexos. Desse modo, eles poderão captar o tipo de questão ética presente no caso, a ser resolvida pelo discernimento, pela imaginação e pela interpretação. Com relação à face hermenêutica da realização da bioética, Junges (2006) sugere a realização periódica de seminários de estudo e discussão de temas mais fundamentais em que possam ser explicitadas as pré-compreensões que servem de pressupostos às decisões tomadas (p. 48). Tais eventos de estudos poderiam tratar, por exemplo, do início e do fim da vida humana, da questão da importância dos benefícios individuais em contraposição aos coletivos, entre outros temas carregados da dimensão referencial simbólica que interessam à hermenêutica na bioética.

O lugar da inserção da bioética hermenêutica são o ensino e a pesquisa acadêmicos nas universidades, os seminários semestrais ou anuais de estudo dos comitês de ética em pesquisa e das comissões de bioética dos hospitais para discutir questões mais fundamentais que a premência das reuniões periódicas não permite e por fim, as comissões nacionais de bioética, que tem como função primordial promover a discussão sobre os referenciais simbólicos implicados nas novas demandas tecnológicas”. (JUNGES, 2006. p. 14).

2.5 DAS CONFUSÕES CONCEITUAIS

As abordagens da ética citadas até aqui, embora algumas vezes eliciassem duas ou mais vertentes (ver o item 2.3.2), mantinham alguma coerência na defesa de uma escola ética principal a nortear o ensino em saúde, fosse ela centrada na autonomia, na virtude ou na responsabilidade. Esta sessão procurará demonstrar que – à semelhança do que ocorre nas próprias DCN -, alguns autores não conseguem reivindicar uma única via ética. A falta de coerência quanto aos modelos

de ética a adotar é uma característica não somente da academia, a reproduzir as vozes das DCN, mas também as instituições que normatizam e organizam o funcionamento profissional, manifestando-se de modo multivalente no contexto da ética em saúde, em um discurso que mistura não somente diferentes vertentes éticas, como inclui a bioética, colocando-as em semelhante plano e sem considerar as suas particularidades.

Para exemplificar o que foi apontado acima, a manifestação do 1º Secretário do Conselho Federal de Medicina, Gomes (2009), ao falar sobre o atual ensino da ética para os profissionais de saúde e seus reflexos no cotidiano brasileiro, afirma a moralidade como um acervo de normas habituais de condutas num determinado tempo e lugar que oferece aos médicos um breviário de condutas e posturas materializado no Código de Ética, associando deontologia, virtude (e valores) e princípios:

Entre nós, para a formação do caráter ou do acervo ético crítico para dotação do profissional de saúde, consideramos como princípios fundamentais: a justiça, a bondade, o respeito, a autonomia, a beneficência não-maleficência, *primum non nocere*, solidariedade, sigilo, preservação da vida (humana/ambiental), índole para alívio do sofrimento. Portanto, o objetivo imediato da educação ética em medicina vem a ser inculcar valores, moldar o caráter, promover os princípios essenciais e alcançar como resultado a modelagem das virtudes, mínima e consistente, para uma conduta profissional adequada”. (p.4).¹⁸

Aqui, aparentemente, o autor alia-se às DCN ao invocar várias vertentes éticas para o ensino. Ao mesmo tempo em que aborda a deontologia e cita os princípios, convoca as virtudes e os valores. Outro fato a ser observado nesta publicação é a questão do título abordar genericamente dos “profissionais da saúde”, - O atual ensino da ética para os profissionais da saúde e seus reflexos no cotidiano do povo brasileiro - enquanto que o conteúdo trata, exclusivamente, da formação ética médica. Não parece ser necessário supor que o autor utiliza o critério de moralidade da Medicina para definir a todos os outros profissionais da saúde, mas tal fato deve – no mínimo – fazer questionar sobre o paradigma da hegemonia médica já discutido na introdução deste capítulo.

¹⁸ É interessante observar que, a despeito do título, o artigo refere-se exclusivamente aos estudantes de medicina.

Também Mendonça, Villar e Tsuji (2009) parecem amalgamar a deontologia do código de ética médica aos princípios que norteiam a abordagem casuística bioética de Beauchamp e Childress, ao afirmar que é imprescindível, à prática médica,

conhecer os princípios éticos que orientam e embasam todos os preceitos do Código de ética Médica para que estes sejam observados na prática médica e para que as normas éticas, que regulamentam a conduta profissional do médico, não sejam violadas, mas, sim, obedecidas. Os *prima facie duties*, princípios fundamentais da ética descritos na literatura de Bioética, são: (1) não-maleficência: obrigação de não provocar dano intencionalmente, *primum non nocere*; (2) justiça: engloba equidade, merecimento e direito; (3) beneficência: contribuir para o bem-estar do indivíduo; e (4) autonomia: abrange os direitos de privacidade, liberdade e escolha individual. (p.222).

Outro estudo que denuncia a presença de dois tipos diferentes de ética relacionada ao ensino em saúde foi publicado por Finkler, Caetano e Souza Ramos (2015). Os autores acessaram, através de entrevista ou grupo focal, 9 professores e 17 estudantes dos últimos anos, e de observação direta, em dois cursos brasileiros de Graduação em Odontologia. Os resultados apontam para a existência de duas formas de conduzir a ética e seu ensino nos cursos: a deontológica, normativa, cujas normas, externas ao sujeito, apenas necessitam ser obedecidas e a ética de responsabilidade, reflexiva, dialética, que busca a excelência e a promoção do bem para além da obrigação individual. Os autores refletem que o ensino da ética profissional está presente nos currículos de odontologia desde 1962 e que a mudança nos termos de discussão da ética nos meios acadêmicos ocorreu a partir da Resolução nº 196, do Conselho Nacional da Saúde, com a criação dos primeiros Comitês de Ética em Pesquisa. Percebem a necessidade de o corpo docente aproximar-se dos conhecimentos de ética, incluindo as suas diferentes formas de concepção e de inserção no currículo odontológico, para que o senso comum deixe de embasar as suas decisões.

2.6 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

O presente capítulo abordou as características do processo histórico paradigmático que determinou a publicação da Lei das Diretrizes e Bases para a Educação Superior em Saúde e as consequentes Diretrizes Curriculares Nacionais (2003). Expondo alguns dos mais importantes estudos realizados no Brasil, após o ano de sua publicação, buscou uma aproximação com o pensamento vigente acerca das vertentes éticas com as quais as instituições de ensino se vincularam, no período que se sucedeu às Diretrizes. A aparente fragilidade conceitual e a extrema amplitude de termos encontrados na formulação das DCN parecem repetir-se, na forma hesitante e até certo ponto confusa, nos artigos publicados.

Após analisados os pressupostos morais contidos nas Diretrizes Curriculares Nacionais que não parecem apontar, de forma clara, o lugar moral a alcançar após serem plenamente implementadas as mudanças propostas pelo documento, o próximo capítulo examinará como ocorre a sensibilização moral nos indivíduos e abordará estudos que apontam a ocorrência de alguma erosão moral nos estudantes das áreas da saúde.

3 A PERDA DA SENSIBILIDADE ÉTICA, O CURRÍCULO OCULTO E A CORROSÃO MORAL

*Si tus habilidades emocionales no están en la mano,
si no tiene consciencia de sí mismo,
si no eres capaz de manejar sus emociones dolorosas,
si no se puede tener empatía y mantener relaciones efectivas,
entonces no importa lo inteligente que eres, no vas a llegar muy lejos.*

Daniel Goleman¹⁹

Muito trabalho e tempo têm sido dedicados para investigar a trajetória da ética e do comportamento moral entre estudantes, profissionais, corporações civis e militares e na universidade. Este capítulo abordará as questões conceituais acerca da sensibilidade ética e do raciocínio moral, passando pela questão do currículo oculto a induzir a erosão da sensibilidade ética entre os acadêmicos e profissionais da saúde, reportada com ênfase nos estudos de Semberoiz (2012). Tais achados serão contextualizados na sociedade moderna através da exposição de estudos realizados por três diferentes áreas: a Administração de Empresas, a Psicanálise e o *Marketing*, através da abordagem corrosão moral do mundo corporativo, por Seneth (2002), da contemporânea mutação do laço social eliciada por Lebrun (2009) e da contribuição de Dinsmore, Xiaoning e Kellaris (2015) a respeito das relações entre recessão financeira, empatia e julgamento moral.

Vários termos são utilizados para descrever um fenômeno que engloba juízo moral, cognição e percepção emocional das questões morais. A imensa maioria dos autores refere-se ao termo *sensitivity*, para designar sensibilidade, excetuando-se Churchill (1989), discutido no final deste capítulo, que se diferencia por utilizar o termo *sensibility*. A seguir, serão descritos alguns significados atribuídos a cada um dos termos.

¹⁹ GOLEMAN, Daniel. **La inteligência emocional**. Madrid: Vergara. 2000.

Sensitividade (*sensitivity*) ética é um termo introduzido para descrever o primeiro componente da tomada de decisão na prática profissional; isto é, a capacidade de reconhecimento e interpretação da dimensão ética de uma situação

Ao inserir-se formalmente na linguagem que descreve as relações humanas, a empatia passou a ser encarada como uma habilidade desejável na relação com pacientes, sendo associada, no início do século XX, a desfechos positivos relacionados às consultas (SOUTHARD, 1918). Embora nunca tendo sido obtido consenso sobre a definição, significado e uso, o termo empatia encontra-se entre as mais frequentes dimensões humanísticas citadas no âmbito do cuidado ao paciente. Apesar das controvérsias, a percepção de sua existência e importância prática garantiu a longevidade do estudo sobre o tema e o desenvolvimento de instrumentos psicométricos permitiu melhor entendimento do papel da empatia na atenção em saúde e na educação médica. A mensuração da capacidade de empatia possibilitou confirmar sua associação com desfechos positivos para o paciente e para o médico, uma tendência de maiores níveis em mulheres e em estudantes que pretendem seguir especialidades com mais contato pessoal com pacientes, assim como, com diferentes graus de evidências e ponderações sobre a dimensão do problema, a sugestão, por diversos estudos, de que há uma queda de empatia ao longo do curso de Graduação em Medicina, especialmente em sua fase clínica. (SCHWELLER, 2014).

Desse modo, definidos os conceitos adotados neste trabalho a respeito de sensibilidade ética e o papel desempenhado pela empatia, as próximas sessões abordarão os estudos relacionados ao desenvolvimento moral e à sensibilidade ética dos graduandos e profissionais da saúde.

3.1 OS TESTES DE MENSURAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO MORAL

favoráveis e outras seis desfavoráveis à situação descrita. Ainda, para cada quesito, é possível concordar plenamente ou discordar completamente da afirmação. Os escores podem definir quatro grupos com capacidade de juízo moral: baixo, médio, alto ou muito alto. Diferentemente dos instrumentos anteriormente mencionados, o MJT não foi elaborado com o propósito de avaliar o nível de juízo moral, mas sim, a competência moral. Para Lind, os instrumentos anteriores avaliam as preferências por argumentos de princípios considerados mais importantes, com possibilidade de simulação, e as supostas "capacidades" morais podem ser transmitidas, de forma que se ensine diretamente aos alunos quais são os melhores argumentos e quais os menos apropriados. Portanto, não avaliam realmente uma capacidade, senão uma mera atitude ou valoração. As capacidades (ou competências) não se podem simular facilmente nem ensinar como instruções diretas.

3.1.1 A Mensuração da Sensibilidade Ética e o Viés Cognitivista

Diferentes estudos apontando ora o declínio, ora o aumento da sensibilidade ética entre estudantes de Graduação das áreas da saúde, podem ter resultados discrepantes, justificados pela filosofia da instituição dos sujeitos da pesquisa onde se desenvolve o estudo ou pelo próprio viés com que – ao selecionar a metodologia da pesquisa – interpretam-se os resultados. Ao tratar da construção da capacidade de julgar, a referência fundamental é a esfera cognitiva, que é condição necessária, mas não suficiente, para a competência moral. Conação é um conceito que compreende a tendência consciente para a ação, em situações sociais que

3.2 O DESENVOLVIMENTO MORAL DOS ESTUDANTES E PROFISSIONAIS DAS ÁREAS DA SAÚDE

Inúmeros estudos, a exemplo daqueles realizados pelo grupo da Universidade de Toronto, entre outros, explicitados a seguir, discorrem a respeito da inibição da sensibilidade ética que se reflete na perda da empatia dos estudantes de Medicina à medida que avançam os anos de formação. A ênfase colocada na concepção biológica do paciente, o tecnicismo e a especialização das escolas médicas advindas após o Relatório Flexner (1910)²², enquanto parecem ter revelado e içado do obscurantismo o ensino da Medicina vigente nos Estados Unidos e Canadá do início do século XX, acentuaram a cisão entre a abordagem integral da pessoa e uma visão compartimentalizada e especializada sobre os sistemas orgânicos, e uma demanda por distanciamento emocional na relação médico-paciente.

O final dos anos 50 e o início dos anos 60 foram marcados pelo início dos estudos sobre a aquisição moral em estudantes de Medicina através da publicação de dois livros sobre o tema: *The Student Physician* (MERTON In: SEMBEROIZ, 2012) e *Boys in White* (BECKER In: SEMBEROIZ, 2012). O primeiro examina a aquisição do papel profissional e dos valores médicos, enquanto que o segundo se ocupa das “estratégias de sobrevivência” dos alunos. Somente na última década do século passado a socialização médica torna-se tema de interesse das revistas especializadas em educação médica, que tratam da influência do contexto educativo no comportamento moral dos alunos, da perda dos ideais morais e do empobrecimento emocional a que estão expostos. (SEMBEROIZ, 2012).

A capacidade de julgamento moral é uma competência progressivamente adquirida desde o nascimento. O ingresso em uma faculdade representa o início formal do processo de socialização profissional. Nessa fase, a adoção da moral profissional convencional é esperada e será fortemente determinada pela adoção de modelos e pela interiorização de comportamentos e atitudes aceitas pela corporação. (TRONCON *et al.* In: MARCONDES; GONÇALVES, 1998). Uma vez

²² O Relatório Flexner, documento denominado Educação Médica nos Estados Unidos e no Canadá, foi elaborado por Abraham Flexner (1866-1959) para a Fundação Carnegie. Relatou a condição de formação de 155 escolas médicas, o que desencadeou um processo de fechamento de muitas delas e a consolidação de um modelo de escolas médicas integradas a universidades, ligadas a hospitais-escola, e onde a experimentação, o ensino das ciências básicas e a prática clínica têm lugar proeminente.

que a faculdade pode ser identificada como a principal instância para a formação profissional, é preciso considerar o contexto social no qual o indivíduo está inserido, além de sua formação anterior, que constituirão o alicerce sobre o qual ocorrerá a formação profissional. A partir do reconhecimento de que o estudante não sofre passivamente o processo, a formação médica não pode prescindir nem da transmissão de valores humanísticos e tampouco do aprendizado de conhecimentos próprios das ciências humanas. O atual modelo de ensino não enfatiza o aprendizado da ética, afirma o autor, para quem a escola de Medicina deveria ser um espaço onde os problemas éticos fossem discutidos, proporcionando o desenvolvimento da capacidade dos alunos de lidar com as questões morais com que serão confrontados durante a prática profissional. Serão expostos, a seguir, alguns dos mais importantes estudos sobre a aquisição e decréscimo no desenvolvimento da sensibilidade ética entre profissionais das áreas da saúde.

3.2.1 Os Estudos acerca da Mensuração da Sensibilidade Ética e a Questão de Gênero

Se alguns estudos apontam para um declínio da sensibilidade ética e do raciocínio moral entre estudantes de áreas da saúde, outros, por viés metodológico ou cultura institucional favorecedora do desenvolvimento moral dos estudantes, indicam um aumento dessas competências.

3.2.1.1 Estudos que apontam para um decréscimo da sensibilidade ética

Com a finalidade de medir a sensibilidade ética ao longo da formação médica, Hebert e colaboradores (1992), da Universidade de Toronto, desenvolveram um instrumento denominado *Problem Identification Test* (PIT), que relaciona questões clínicas e éticas a partir de quatro vinhetas, aplicando-o longitudinalmente em estudantes do primeiro ao quarto anos de Medicina. Sensibilidade ética é definida pelos autores como a habilidade para discernir problemas morais em uma situação clínica. Através das vinhetas, os alunos deveriam identificar os princípios de autonomia, justiça e beneficência. Apesar de refletir amplamente sobre possíveis vieses na elaboração do instrumento de pesquisa e a possibilidade de extrapolação na interpretação dos achados para a sensibilidade e para a atitude ética, os autores

descrevem um declínio da sensibilidade ética a partir do primeiro ano do curso de Medicina. Para além da reflexão, sobre se existem três ou quatro princípios fundamentais, incluindo o da não maleficência, e mais importantes mesmo do que os resultados do estudo parecem ser as considerações dos autores, quando interrogam se existiria correlação entre analisar um caso e atuar eticamente na prática e se é possível medir um atributo como sensibilidade ética. Interessante ponderar que, se é possível questionar a validade da aplicação dos princípios em uma avaliação de desenvolvimento moral de estudantes ou profissionais médicos, é necessário lembrar que esses mesmos princípios foram propostos para avaliação bioética na pesquisa com seres humanos e, embora se apliquem a conflitos de interesses e valores vigentes em sociedades seculares e democráticas, onde existe uma pluralidade de comunidades morais legítimas e não necessariamente integradas, tais princípios (critérios) não necessariamente representam o código moral exclusivo a nortear as ações profissionais. Assim sendo, talvez seja possível questionar se o instrumento da pesquisa (de enfoque apenas cognitivo, uma vez que espera que sejam apontados os princípios morais envolvidos nas questões apresentadas) é coerente com as conclusões da pesquisa do grupo de Toronto sobre a sensibilidade ética dos estudantes. (SCHRAMM; PALÁCIOS; REGO, 2008).

Freitas e colaboradores (2015) realizaram um estudo baseado no construtivismo para avaliar o desenvolvimento moral (valores, normas e critério de juízo) em quarenta e dois formandos nas últimas semanas de uma faculdade brasileira de Odontologia. A partir das respostas a um dilema hipotético “lei x vida”²³, foram obtidos os seguintes resultados, que demonstram a erosão da sensibilidade ética:

a) 66% dos formandos encontram-se nos dois primeiros estágios, “onde não há capacidade de relativizar situações e dilemas morais, ou estes são resolvidos na lógica de interesse pessoal; b) o reconhecimento de que normas e valores morais podem ser relativizados e devem ser orientados para o bem comum foi atingido por menos de 10% dos entrevistados; c) os valores de lei prevaleceram aos de vida para a maioria; d) o conjunto de valores que orientou a escolha do dilema foi majoritariamente definido pela busca de recompensa e a preocupação com a própria reputação”. (FREITAS *et al.*, 2005, p. 453).

²³ O dilema proposto foi a conhecida história de Kohlberg que questiona, ao final, se o marido poderia ou deveria roubar o caro medicamento ao farmacêutico, a fim de fornecê-lo à esposa com câncer.

Os autores concluem que o nível de desenvolvimento ético encontrado é baixo, ainda menor do que aquele esperado em adultos, sendo inadequado para o exercício da Odontologia. Alertam que a deficiência na sensibilização moral interfere nas relações éticas cotidianas, onde o Curso de Odontologia não consegue viabilizar este desenvolvimento moral desejável, o que pode acarretar consequências danosas para o futuro profissional e para os pacientes.

Akabayashi e colaboradores (2004) desenvolveram um método rápido de avaliação de sensibilidade moral, através da utilização do *Problem Identification Test* (PIT), e do raciocínio moral, mensurado por uma parte do *Defining Issues Test* (DIT) (HEBERT *et al.*, 1992), para investigar mudanças nesses aspectos entre 559 estudantes de Medicina e 272 médicos-residentes em uma área urbana do Japão. Os resultados apontaram para um acréscimo no score PIT entre os estudantes do 4º e do 5º anos, demonstrando um aumento na sensibilidade moral, seguido de um decréscimo entre os estudantes do 6º ano, sem nenhuma mudança no estágio do julgamento (raciocínio) moral. Entretanto, os resultados DIT, acerca da questão da eutanásia, descrevem uma mudança gradual na tomada de decisões através dos anos de escolaridade. Os autores sugerem que, embora os resultados sejam similares a outros estudos, possa haver uma interpretação positiva. “Por exemplo, como os sujeitos acumulam experiência clínica, eles começam a perceber e resolver intuitivamente os problemas éticos, sem identificá-los, *per se*, como dilemas éticos”(AKABAYASHI *et al.*, 2004, p. 6). Essa hipótese pode encontrar suporte na técnica proposta por Moshe Blatt (BLATT; KOHLBERG, 1975 *apud* SOUZA, 2008), onde a discussão de problemas morais hipotéticos entre indivíduos de estágios distintos provocaria o conflito cognitivo responsável pela passagem de um estágio a outro, mais amadurecido, o que é reforçado por Biaggio (2002), para quem “o raciocínio de estágio superior é assimilado somente se causar conflito cognitivo, isto é, se for discrepante ou introduzir incerteza na decisão moral” (BIAGGIO, 2002, p.51). Assim, seria a interação com estudantes de níveis moralmente diferentes capaz de induzir a um amadurecimento “intuitivo” entre os profissionais e estudantes, como proposto por Akabayashi?

3.2.1.2 Estudos que apontam para um aumento da sensibilidade ética

O senso moral é desenvolvido – senão por toda a vida do indivíduo – durante todo o período de formação acadêmica (SILVA *et al.*, 2009). Sendo desenvolvido, pode, então, ser influenciado através da adoção de medidas pedagógicas que visem à promoção das habilidades éticas. A pesquisa de desenho transversal desenvolvida pelos citados autores investigou a sensibilidade ética em 20% dos estudantes de Medicina de uma universidade do sudeste do Brasil, selecionados randomicamente de todos os seis anos da formação, a quem foi aplicado um teste baseado em quatro vinhetas contendo questões de desafio ético. Alunos mais velhos identificaram mais questões éticas nos casos-vinheta, o que pode ser compatível com a progressão do raciocínio moral promovidos pela maturidade e pela educação. Ocorreu aumento da sensibilidade ética do segundo para o primeiro ano e do internato (5º. e/ou 6º. Anos, a depender da instituição) em relação ao primeiro e segundo ano, confirmando uma tendência de aumento da sensibilidade ética ao longo do curso. Inserção precoce a partir do primeiro ano do curso na enfermagem (atividade teóricas e práticas), suporte curricular de disciplinas com ênfase na abordagem psicossocial, ensino de bioética durante toda a Graduação com ênfase na formação humanística e tradição institucional de benemerência podem representar as razões da diferença dos resultados entre os estudos que demonstram um decréscimo na sensibilidade ética, como o da Universidade de Toronto.

3.2.1.3 A sensibilidade ética e a diferença de gêneros

Tanto no estudo do grupo de Toronto, ao apontar para o declínio da sensibilidade ética, quanto naquele da universidade paulistana, que encontrou acréscimo nesta característica, não foram encontradas diferenças entre os gêneros para a tomada de decisões morais. Tais achados contrariam algumas teorias bem estabelecidas como a de Lawrence Kohlberg e de Carol Gilligan, que serão discutidas no próximo capítulo, e que defendem diferenças na evolução moral entre homens e mulheres.

3.2.1.4 A crítica ao método – o raciocínio moral e a sensibilidade ética

Parece importante levantar a questão, já antecipada em alguns dos resultados apresentados, a respeito do método utilizado para obtenção dos resultados que apontarão tanto para o aumento quanto para a redução da sensibilidade ética. De abordagem cognitivista, a maior parte deles mensura muito mais a capacidade de responder adequadamente a perguntas, como identificar (objetivo da esfera da cognição) os princípios éticos implicados nos dilemas apresentados, do que a capacidade de responder comportamentalmente de forma adequada aos desafios éticos que o exercício da profissão requer cotidianamente. É possível que o âmbito intelectual (representado apenas pelo conhecimento demonstrado na capacidade de responder adequadamente às perguntas) do raciocínio moral não represente de todo a sensibilidade ética demandada (raciocínio moral + percepção emocional). Assim, parece pertinente supor que os estudos que demandam respostas cognitivas avaliem somente o raciocínio moral do sujeito, devendo a avaliação da competência ética (sensibilidade + raciocínio + ação coerente) ser acessada por outros métodos.

3.2.2 Desenvolvimento Moral: Dever Exclusivo da Família?

Existe um debate frequente nos meios sociais e pedagógicos sobre a quem se deve atribuir o dever da formação moral do indivíduo. Enquanto alguns defendem que cabe à família formar e à escola informar; outros, como o filósofo Mário Sérgio Cortella (2014) atribuem à família o papel principal na educação (inclusive moral), argumentando que caberia à escola o dever de auxiliar na educação civil, como na educação para o trânsito, por exemplo. De forma complementar, há outro discurso corrente que, justificando que educação compõe-se de formação (normalmente reportando-se a termos como moral, caráter, valores, etc.) e informação (aporte de conhecimentos, conteúdos, habilidades e aptidões, etc.), postula a atuação da escola como a extensão da família na tarefa de educar. Pierre Weil, (1993) afirma a existência de duas formas de ética, que se complementam: a ética moralista e conservadora adquirida através de informações exógenas internalizadas, e a ética

espontânea, intrínseca e natural do indivíduo, calcada na responsabilidade do sujeito²⁴.

Ao investigar a origem dos conhecimentos sobre ética mencionados no discurso dos fisioterapeutas de uma cidade do sul do Brasil, Badaró e Guilhem (2011) observaram que a família apareceu como a principal fonte de informações nesse campo, seguida pelos desafios decorrentes do exercício profissional. A escola apareceu em terceiro lugar, com a metade da representação da família.

As respostas de estudantes universitários de Medicina a um questionário envolvendo perguntas sobre responsabilidade profissional e sigilo médico em um estudo conduzido por Mendonça, Villar e Tsuji (2009), revelam que, apesar de os estudantes apresentarem índice de acertos superiores aos de não acertos nas questões eticamente conflituosas, é provável que esse conhecimento esteja ligado a valores prévios obtidos e solidificados pela formação intelectual e familiar de cada aluno, e que não tenham relação evidente com a formação médica oferecida pela instituição de ensino. Essa ideia foi corroborada pelo fato de que as questões mais complexas, referentes ao conhecimento do Código de Ética Médica, relativas ao sigilo, terem sido as que obtiveram maior discrepância no índice de acertos entre as turmas e maior índice de não acertos. Para os autores, assim, é possível inferir **que o conhecimento ético demonstrado pelos estudantes parece ser a ética espontânea de Weil, obtida através da vivência familiar, mais ligada à formação e ao contexto social onde eles estão inseridos do que as informações transmitidas durante o processo de aprendizagem no curso médico.**

Também a respeito do que pode ser aprendido pelas vias pedagógicas da faculdade versus os valores morais adquiridos no âmbito familiar, Fiuza Sanchez e colaboradores (2012) em pesquisa que avalia concepções de dimensões relacionadas à Atenção Primária à Saúde (APS) em alunos do 8º e 9º semestres de uma Faculdade de Odontologia de uma universidade pública do Brasil, obtiveram resultados que indicam que os sujeitos pesquisados não compreendem que os valores 'ética' e 'solidariedade' são passíveis de estudo aprofundado a ser utilizado no cuidado dos pacientes e comunidades, embora pareçam compreender que

²⁴ Importante ressaltar, aqui, que termos como "educação moral", "educação civil", "ética moralista" são transcrições dos textos encontrados nos autores citados. Embora remeta uma possível miscelânea conceitual, não se pretende questionar, aqui, as definições adotadas, tampouco modificar a contribuição.

vínculo e responsabilização são aprendidos. Entendem que são adquiridas principalmente através de vias familiares e são interpretados pelos alunos como valores que não podem ser sistematizados em conteúdos curriculares. Ponderam que tal fato não se justifica, uma vez que são as universidades os locais onde se adquirem e se modificam padrões ou modelos de conduta que serão aplicados na vida profissional. Essa dicotomia estabelecida entre o aprendido na família ou na Faculdade de Odontologia pode ser uma incoerência, uma vez que todas essas dimensões refletem um sentido maior de valorização e dignificação do ser humano. Os autores ponderam que a crença de que valores essenciais não podem ser desenvolvidos a partir de estudo sistematizado pode representar um desafio sobre o qual as instituições de Ensino superior devem se debruçar interdisciplinarmente.

3.2.3 O Papel da Universidade na Formação Moral

Se o senso comum (e, fundamentando-o, a moral familiar) chega à Graduação como um importante alicerce moral dos alunos, é importante discutir também o papel da Universidade na formação ética naquilo que oferece de continuidade, questionamento, fortalecimento e redefinição de valores sociais e profissionais aos sujeitos. Finkler, Caetano e Souza Ramos (2015) acessaram 9 professores e 17 estudantes dos últimos anos através de entrevista, grupo focal e observação direta, em dois cursos brasileiros de Graduação em Odontologia. Os autores sugerem que, para que o senso comum deixe de embasar as decisões éticas, deve ser defendida a aproximação do corpo docente com os conhecimentos de ética, incluindo as suas diferentes formas de concepção e de inserção no currículo odontológico. Acerca da necessária socialização secundária, os autores ponderam que, embora importante e permanente enquanto construção identitária, a carga ética advinda da infância precisa ser desafiada e aprimorada através da socialização profissional e do desenvolvimento moral dos estudantes, fatores importantes ao desenvolvimento social esperado da universidade. Os autores incluem, também, o sentimento de vínculo e de pertencimento apontado pelos sujeitos da pesquisa, como vínculo não cívico, entre cidadãos, mas intra-profissional, de identificação intra-pares.

A Medicina é uma atividade moral, que possui como plano de fundo decisões que conciliam ciência e arte (*techné*), em um *ethos* que deve visar sempre o melhor

a cada paciente. D'Ávila (2010) estuda a codificação moral da Medicina e analisa que a deficiência na formação ético-humanística no período da Graduação médica pode explicar uma parte importante nos descaminhos de conduta de alguns médicos. “Este é um período crítico na vida dos jovens acadêmicos, propício para “moldar” ou dar direção ao seu caráter a partir da formação em valores e princípios essenciais, visando condutas orientadas por fundamentos universais, menos pautadas circunstancialmente, procurando assegurar o bem-estar do paciente e da sociedade”. (D'ÁVILA, 2010, p. 405-6).

A resolução de conflitos éticos é uma estratégia de ensino frequentemente utilizada a fim de impactar a capacidade de raciocínio moral dos estudantes. Seródio e Almeida (2009), com o objetivo de conhecer e analisar as situações de conflitos éticos consideradas, pelos docentes, como mais relevantes para a discussão com os futuros médicos, comparando-as com os temas abordados nos cursos brasileiros de ética médica e bioética, relatam os resultados obtidos a partir das respostas de 237 docentes de uma faculdade de Medicina de São Paulo, Brasil, à pergunta: “dentro de sua área de atuação, cite até três situações de conflitos éticos que você identifica como mais importantes para uma discussão com os futuros médicos.” (SERÓDIO; ALMEIDA, 2009, p. 56). Os autores obtiveram – entre vários temas sugeridos – a relação médico-paciente, a prática médica (terapias de eficácia não comprovada *versus* restrições da aplicação automática da Medicina baseada em evidências) e as condições de trabalho (que, acrescido da baixa remuneração, chegaria próximo às categorias mais mencionadas). Pontuam a ausência de sugestão – por parte dos docentes - de discussão de outros temas que figuram entre aqueles mais desenvolvidos pelos cursos de ética, como o exercício lícito e ilícito da Medicina, os princípios da bioética, as comissões de ética e os conselhos de Medicina e as bases filosóficas da moral. Justificam essa ausência com a possibilidade de os docentes considerarem esses temas como excessivamente teóricos, sendo mais indicados para discussão em cursos formais de ética.

3.3 O CURRÍCULO OCULTO E A FORMAÇÃO MORAL DOS ESTUDANTES

As condições de corrosão da sensibilidade ética e de afrouxamento dos laços sociais citadas no início deste capítulo, assim como as contradições nos paradigmas – neutralidade científica e distanciamento x empatia e cuidado com o paciente - marcam várias gerações de formação e exercício profissional e servem de pano de fundo a todas as áreas institucionais contemporâneas, incluídos a universidade e os serviços de saúde. Tal contexto tem representações, na área educacional, através do currículo oculto, uma dimensão implícita, não mensurável e informal, nas atividades que fazem parte do processo educacional, transmitindo experiências que reforçam o aprendizado sociocultural, na inter-relação professor-aluno e o saber. Segundo Gonçalves (2002), o aprendizado dos educandos no ambiente escolar não se restringe aos aspectos formais materializados no currículo institucional ou formal. Visto que o processo educacional é complexo e diferente em cada organização de ensino, não há neutralidade no processo de ensino e aprendizagem e cada instituição tem seu próprio currículo oculto, a partir de sua contingência. Para Gapriglia (2004), currículo oculto refere-se ao processo socializador implícito e colateral ao currículo escolar formal, que permeia as normas de comportamento social (valores, mensagens de natureza afetiva entre outros) processualmente desenvolvido nas relações pedagógicas sem que o professor perceba, caracterizado pela escolha das experiências a transmitir, na forma como facilita e reforça a troca de informações e conhecimentos e ao desempenhar suas atividades pedagógicas.

Ao abordar a questão da socialização médica, Semberoiz (2012) explicita três aspectos, a saber: a tensão entre o objetivo e o subjetivo, a disposição antirreflexiva e a excisão curricular. O primeiro aborda o processo de socialização médica, resultado da tensão entre duas exigências pedagógicas de carácter antagônico: a exigência do aprendizado de uma atitude “neutra”, “controlada”, “desapaixonada” e “distante” (a fim de objetivar melhor aos pacientes) e a simultânea demanda pela oferta de um cuidado “humano” e “compassivo” com os pacientes (p. 20). O segundo aspecto é assinalado pelo autor como o carácter antirreflexivo ocasionado pela formação positivista, onde o cientificismo e a atitude de distanciamento afetivo são estimulados através do cultivo de um si mesmo (*self*) despojado de toda atitude que sugira debilidade diante do sofrimento humano. Tal ideal cientificista, que não

permite o reconhecimento dos medos, dos conflitos morais e das incertezas provocadas pelo contato permanente com a morte e a doença, resulta em uma situação de falta de reflexão ética, a embrutecer e pauperizar a prática clínica. Para falar sobre a excisão curricular, aspecto que distingue o currículo formal do oculto, o autor aborda a contradição entre o ensino formal das normas e dos valores, via de regra oferecido pelos cursos de Bioética, e as pautas que realmente (de fato) regem as interações cotidianas entre alunos, médicos e pacientes. Para Semberoz, o currículo oculto médico engloba:

a) as experiências de aprendizagem geradas nos contextos “informais”, mas relacionados com a educação médica (por exemplo, interações e conversas em corredores, elevadores e locais de descanso dos hospitais; b) o desempenho dos médicos como modelos de relação; c) as pressões institucionais encarnadas nas regras tácitas, costumes e rotinas de diferentes contextos de aprendizagem (por exemplo, salas de internação, plantões e salas de cirurgia), e d) os vieses e as omissões implícitos nos conteúdos de matérias e cursos oficiais da carreira médica. (SEMBEROIZ, 2012. p. 22).

Sobre a sensibilização ética dos estudantes de Medicina, o autor reflete que não é possível deixar de tratar – ao considerar o currículo oculto - das questões referentes aos maus tratos e abuso sofridos pelos alunos de Medicina, que irão determinar a reprodução de tais atitudes como parte inevitável da aprendizagem médica (SEMBEROIZ, 2012). Tal abuso é definido por Silver e Glicken (1990) como “tratar de maneira daninha, injuriosa ou ofensiva; agredir com palavras, falar de maneira insultuosa, tosca ou injusta com ou sobre uma pessoa, ou denegrir”. (SILVER; GLICKEN, 1990, p.527). A respeito do abuso, um estudo conduzido por Kassembaum e Cutler (1998) a respeito de graduandos norte-americanos de Medicina revelou que o percentual de alunos que relata haver sofrido ou presenciado algum tipo de abuso aumenta com os anos de estudo, chegando a 80% ao terminar a Graduação. Os mais expostos foram aqueles que ingressavam nos estágios hospitalares sendo que 70% dos que haviam sofrido alguma forma de abuso referiram-se a isso como um fato grave, que os afetou adversamente por um mês ou mais (50%), ou afetou-os sempre (16%). As consequências da cultura do abuso sobre a sensibilidade ética traduzem-se pelo desenvolvimento do cinismo a respeito da prática médica, pela perda da empatia, pela crença de que o abuso é

uma parte inevitável do aprendizado médico e por sua conseqüente perpetuação (KASSEMBAUM; CUTLER, 1998).

Para elucidar uma relação existente na apreensão do conhecimento, Anastasiou (2001), descreve três tipos de diferentes conteúdos: os conteúdos procedimentais, representados por ações ordenadas e com um fim, regras, técnicas, métodos, habilidades, estratégias e procedimentos, verificados pela realização das ações que se tornam conscientes pela reflexão sobre a própria atividade; os conteúdos atitudinais (valores, atitudes e normas, verificados por sua interiorização e aceitação, o que implica conhecimento, avaliação, análise e elaboração) e os conteúdos conceituais, com essência também subjetiva (fatos, objetos ou símbolos), e princípios (leis e regras que se produzem num fato, objeto ou situação), uma vez que aprender conceitos possibilita a elaboração e a construção pessoal, nas interpretações e transferências para novas situações.

A respeito da influência do currículo oculto no ensino de Odontologia, Lemos (2004) cita as Diretrizes Curriculares Nacionais e a preconizada formação de um profissional generalista, crítico, reflexivo e transformador da realidade e refere que através do currículo real das instituições, esse perfil profissional é difícil de ser alcançado. “Contrariando os pressupostos formais”, diz a autora, “há uma tendência para uma formação tecnicista, especializada, elitista e alienada da realidade do mundo do trabalho”. O currículo não é um objeto neutro, mas resultado de diversas relações de poder que acontecem no interior de cada instituição. Possui uma missão, uma verdade a ser dita, que é influenciada por fatores epistemológicos, sociais, políticos e culturais. Antes de ser um objeto idealizado por qualquer teorização, lembram Poi e colaboradores (1997), o currículo se constrói em torno de problemas reais que acontecem no ambiente escolar e na prática pedagógica, que afetam os alunos e a sociedade em geral. Daí se compreende porque as propostas de renovação curriculares mais potentes convivem com práticas escolares obsoletas, já que ignoram as relações complexas do currículo e se prendem a problemas de índole técnica, ou seja, centrando-se apenas na organização de seqüência de conteúdos (POI *et al.* 1997).

A preocupação com o currículo oculto também é apontada por Giroux (1986) e Silva (2001) ao afirmar que as escolas passaram a ser vistas como espaços sociais, com um duplo currículo: um explícito e formal, o outro, oculto e informal que

se relaciona mais com as experiências concretas. Uma das fontes do currículo oculto, segundo Silva, é constituída pelas relações sociais da escola: as relações entre professores e alunos, entre a administração e os alunos, entre alunos e outros alunos, que fazem da escola um espaço vivo, dinâmico e complexo. Dessa maneira, as relações sociais e as rotinas que caracterizam o dia a dia da experiência escolar são importantes pontos de estudo para as investigações curriculares, uma vez que o currículo oculto também ensina, mediante rituais, regras, regulamentos e normas.

Para tratar do tema da formação ética do profissional de saúde, Rego (*In: PALÁCIOS et al. 2001*) recorre aos estudos de Merton e Becker, que descrevem o processo educativo sob dois aspectos: o aprendizado direto, por meio do ensino dialético, e o ensino indireto, - o do currículo oculto - no qual as atitudes, valores e comportamentos são adquiridos na vivência com os instrutores, pacientes e membros da equipe. Sobre a educação destinada à cidadania, Cortina (1996), considera que educar civicamente não pode ser entendido – como temem alguns – como instrumento para formar cidadãos dóceis, manipuláveis e que não causem problemas ao poder político. A autora pondera que – de início – as escolas sempre ensinaram as crianças a serem boas cidadãs, seja por meio da seleção do material – que inevitavelmente transmite uma mensagem – seja por meio do “currículo oculto”, isto é, das mensagens subliminares que o aluno absorve na relação com os professores e na organização das aulas. (CORTINA, 1996. p.101)

Outro estudo latino-americano conduzido a respeito dos dilemas éticos enfrentados pelos alunos é de Suárez Obando e Diaz Amado (2007). Nele, os autores descreveram as opiniões de um grupo de estudantes do IX semestre de uma faculdade colombiana de Medicina, onde observam uma discrepância entre o ensinado e o vivido. As evidências de que, para os alunos, não existe uma referência concreta sobre a qual apoiar-se diante de dilemas ou dúvidas sobre aspectos éticos da prática clínica, sugerem a integração das especialidades clínicas à disciplina de bioética clínica, a fim de diminuir a influência do currículo oculto. Um aspecto que parece interessante pontuar no estudo de Obando e Amado é que os estudantes entrevistados afirmam que a ética deve ser abordada durante os estágios rotatórios das especialidades, seja através de um estágio específico, seja através da disponibilização de um professor com quem possam discutir as implicações éticas dos casos dos pacientes (SUAREZ OBANDO; DIAZ AMADO,

2007, p.109). Tal observação parece ainda colocar o ensino da ética em um lugar e tempo restritos dentro do processo ensino aprendizagem, sem a necessária transversalidade, pressuposto do ensino da ética que será melhor discutido no próximo capítulo.

3.3.1 O Docente Como Modelo e o Processo Paralelo

O currículo oculto é tratado por DasGupta (2006) como “processo paralelo”, e é composto pela relação aluno-paciente, docente-aluno e também a relação que o médico, diante de seus alunos, estabelece com os pacientes e seus familiares. Neste contexto educacional diversos autores apontam a necessidade de capacitação docente para o ensino da ética, assim como expressam a importância que o professor assume enquanto modelo de comportamento, maturidade e virtude aos seus orientandos.

A relação desenvolvida entre professores (preceptores, docentes, supervisores, médicos contratados, etc.) e alunos das várias áreas de Graduação e Pós-Graduação lato e estrito senso é uma parte importante da abordagem do currículo oculto no ensino aprendizagem em saúde. A relação entre o aluno e o professor é considerada a pedra angular da formação médica profissional, alertam Gracei e colaboradores (2005), cujo pensamento é compartilhado por Goldie *et al.* (2007), para quem o papel desempenhado pelos docentes como modelo a ser seguido no contato clínico precoce exerce uma profunda influência sobre o desenvolvimento dos profissionais. Similarmente, muitos educadores defendem que o exemplo (modelagem) exercido pelos docentes, associado à reflexão sobre a ação, são modos efetivos de potencializar o ensino aprendizagem moral (COTE; LECLERE, 2000). Essa condição de modelo é original, sutil e transcendente e ocupa um lugar desconhecido para professores e alunos, de acordo com Stern e Papadakis (2006), para quem a modelagem está nos olhos de quem vê – do aluno, e não do professor -, e onde mesmo indivíduos que não se veem como mentores devem possuir a consciência de que estão ensinando valores profissionais. Maheux e colaboradores (2000) comentam a comparação da percepção de alunos das fases iniciais e finais de quatro faculdades de Medicina (ensino tradicional x aprendizagem baseada em problemas) sobre as atitudes de seus professores

Como podemos convencer realmente aos alunos de que a compaixão e o cuidado aos pacientes são elementos centrais da profissão, se eles percebem que estas atitudes são subestimadas por seus professores? (p.634).

Para abordar a docência e o ensino da ética, Carbonara e Kuiava (*In*: CEPPAS, 2009) colocam a questão da intersubjetividade necessária à atuação ética, afirmando que a aprendizagem moral é uma aprendizagem para o mundo exterior. Para tal, o indivíduo precisa constituir-se subjetivamente e refletir eticamente sobre o seu agir e sobre os valores que lhe são apresentados como reconhecidos, uma vez que “o homem se faz humano a partir desse pôr-se diante de outrem” (p.67). Os autores justificam, assim, a necessidade da formação ética do indivíduo, experiência para a qual postulam uma docência embasada no diálogo e na presença testemunhal, sempre calcada em bases filosóficas.

Roque e Lima e colaboradores (2011), ao avaliar os Projetos Pedagógicos de Cursos de Graduação em Enfermagem no sudeste do país, afirmam que, quando um docente compreende e respeita o aluno, auxiliando-o nas suas limitações, isso contribuirá para que ele tenha atitudes semelhantes com os seus futuros clientes²⁵.

Finkler e colaboradores (2011) observam que os professores representam modelos, referências, exemplos a serem seguidos, tanto em relação às suas habilidades técnicas, quanto à sua postura ética nas situações cotidianas de atendimento às pessoas. Ao observar o professor, o estudante assimila a sua conduta.

Figueiredo (2011), reforça a necessidade de coerência entre o que se ensina e a maneira como se vive, afirmando que se espera que o professor de Ética Médica possua vivência, conhecimento teórico e prático, formação humanística e postura ética.

²⁵ A terminologia cliente x paciente x usuário, ao se tratar de saúde, é outra questão discutida amplamente e que denota um conflito relativo à natureza de quem representa, ao profissional de saúde, o outro, aquele que demanda atenção: se é abordado como quem padece de um sofrimento (paciente), ou se como aquele com quem se estabelece uma relação de fornecedor-freguês, abordando a ação em saúde de um ponto de vista empresarial/comercial.

3.4 A CORROSÃO DA SENSIBILIDADE ÉTICA E A MUTAÇÃO DO LAÇO SOCIAL

Até este ponto foram discutidos os estudos referentes à redução da sensibilidade ética dos estudantes de Graduação e profissionais da saúde, principalmente dos médicos. Entretanto, apresenta-se uma questão de importante reflexão: se a corrosão moral não é exclusiva da Medicina, uma vez que outros estudos demonstraram a sua ocorrência em outras áreas da saúde, como por exemplo, a Odontologia e a Enfermagem; se o paradigma vigente (biologicista, hospitalocêntrico e focado na doença) é o mesmo, e se similar modelo flexneriano de organização dos cursos acabou sendo seguido, em maior ou menor grau, também por outras graduações em saúde, então, talvez, pensar somente na corrosão da moral médica seja equivalente a olhar apenas para uma parte do problema, em um sistema que é muito mais complexo. O fato de um problema ser mais estudado – e demonstrado - em um determinado contexto, não elimina a sua ocorrência nos outros e não observar esse panorama inteiro talvez leve a discussões análogas à da história dos cegos descrevendo o elefante, onde cada um toma, pelo todo, a parte que consegue perceber. Assim, o processo paralelo – aqui chamado de currículo oculto - que leva à perda da sensibilização da ética e à “corrosão moral (dita) médica”, inscrevem-se em um modelo de funcionamento social, onde múltiplas outras forças têm lugar, em processos simultâneos e direcionadores a construir um cenário no qual os médicos são atores principais, coadjuvantes, contrarregas, espectadores, bilheteiros, etc. A seguir, abordar-se-ão as duas teorias com características complementares, uma advinda da Sociologia de Richard Seneth, e outra da Psicanálise de Jean Pierre Lebrun, sobre as alterações paralelas nos modelos de trabalho, da estrutura hierárquica e as mutações do laço social, que desempenham um papel de intersecção e similaridade às questões discutidas.

Uma nova percepção e organização do tempo de trabalho e mudanças na estrutura hierárquica organizacional são duas causas apontadas por Seneth (2002) para alertar sobre as questões como a derrocada da expectativa de longo prazo ocasionadas pelo ‘capitalismo flexível’ que, nas instituições, leva à corrosão do caráter. Definindo caráter como “o valor ético que atribuímos aos nossos próprios desejos e às nossas relações com os outros”, o autor denuncia que, no âmbito da corporação, a falta da percepção da existência do longo prazo afeta à questão do

compromisso mútuo e da lealdade. Laços sociais fortes levam tempo para surgir, enraizando-se devagar nas fendas e brechas das instituições. A incerteza sobre a permanência do indivíduo na instituição ou na função que desempenha altera as relações de construção de confiança e fragiliza os laços sociais. Também as formas passageiras de associação para o cumprimento de tarefas, quando são privilegiadas em detrimento das ligações de longo prazo, enfraquecem tais laços, para serem mais úteis aos arranjos dos projetos em execução, mudam de acordo com o objetivo do trabalho do momento. Em outro sentido, em relação às alterações de estrutura de comando, se uma organização opera como uma estrutura de rede flexível, frouxa, alinhada por projeto, e não com um rígido comando de cima para baixo, a rede também pode afrouxar os laços sociais. Os laços fortes, em contraste, dependem de associações de longo prazo e, mais pessoalmente, da disposição de estabelecer compromissos com outros. Numa economia em que a lealdade institucional é uma armadilha, tão logo os empregados compreendem que não podem contar com a empresa, que eles próprios são negociáveis, alerta o autor, o distanciamento e a cooperatividade superficial são uma blindagem para lidar com as atuais realidades que o comportamento baseado em valores de lealdade e serviço. (SENETH, 2002). Ora, retornando à questão da saúde e seus profissionais, em um modelo social onde a saúde é gerida por empresas do âmbito público ou privado, que organizam e “vendem” os serviços, onde o trabalho, a remuneração e o lucro são premissas que regem a inserção profissional, o vínculo corporativo dessa classe de profissionais não se encontra imune à mesma condição da corrosão de laços sociais explicitada por Seneth.

Paralelamente, esses indivíduos, uma vez inseridos na empresa acadêmica e nas corporações profissionais da saúde como docentes ou discentes, sofrem também com uma origem diferente para a mutação do laço social, explicada por Jean Pierre Lebrun (2009) ao expor a horizontalização da hierarquia, a perda da importância da autoridade estabelecida e a diluição de responsabilidades, características do comportamento do liberalismo e do neoliberalismo que se seguiram à Revolução Francesa. Lebrun aborda características morais que o capitalismo recebeu do modelo religioso ou patriarcal e sua consequente supremacia masculina. Cita Castoriadis:

O capitalismo só pôde funcionar porque herdou uma série de tipos antropológicos que não criou e não poderia ter criado: juízes

incorruptíveis, funcionários íntegros e weberianos, educadores que se dedicam à sua vocação, trabalhadores que têm um mínimo de consciência profissional etc. Estes tipos [...] foram criados em períodos históricos anteriores, por referência a valores então consagrados e incontestáveis: a honestidade, o serviço ao Estado, a transmissão do saber, o bom trabalho. [...] Ora, vivemos em sociedades onde estes valores, publicamente conhecidos, se tornam ridículos, onde conta apenas o montante de dinheiro que você embolsa, independente da forma, ou o número de vezes que você apareceu na televisão. (CASTORIADIS, 1995. APUD LEBRUN, 2009).

Para Lebrun, essa mutação ocasionou o aplainamento das relações de hierarquia, a paulatina substituição da importância do coletivo, em nome das singularidades, e o apagamento do lugar do chefe (lugar de exceção, regulador, pai, juiz, terceiro, ou o que ele chama de ao menos um). Tal processo, ainda em curso, da passagem da heteronomia em relação à chefia, para a autonomia, tem como consequências, por um lado que, se cada um detém o direito à palavra e à possibilidade de traçar o seu trajeto singular, por outro, que cada um pode, nessa estrutura de redes frouxas onde desaparece a figura da autoridade, acreditar-se livre de qualquer dependência em relação à autoridade, podendo pensar a si mesmo como exceção, logo, sem trabalho a fazer para realizar essa autonomia. Lebrun cita o repúdio à autoridade que encobre a mudança da nomenclatura, por exemplo, da função de diretor nas instituições médico-sociais, que passou a ser chamado (e a autointitular-se, negando a si mesmo como autoridade) 'coordenador' ou 'responsável', expondo esse indivíduo novo que, "imediatamente liberto, garantido de dispor da liberdade de saída, se encontra, então, em um lugar com idêntico valor, e nada mais justifica dar a prevalência a qualquer um sobre o outro" (p.129). Sem a legitimidade do lugar de exceção, a dimensão do conjunto, do coletivo, é entregue exclusivamente à boa vontade dos indivíduos. "O laço social que coloca virtualmente todo mundo em pé de igualdade produz assim o desaparecimento da prioridade do coletivo" (p. 130). As observações do psiquiatra e psicanalista belga parecem expor uma questão importante em relação aos cuidados em saúde e à necessária responsabilização pelo outro, pelo coletivo: imediatamente libertos de todo o trabalho a fazer a caminho do conhecimento e da autonomia, em um lugar onde todos possuem o mesmo papel de igualdade e de simetria, a quem caberá a responsabilidade, assim diluída na equipe, sobre a condução do processo terapêutico? Em situações de ensino aprendizagem, onde se percebe a cotidiana

exacerbação da perda do lugar de diferença e o que se demanda dos docentes é a substituição paulatina da hierarquia pela partilha de uma condição de horizontalidade na relação com seus educandos, parece uma consequência plausível que os primeiros abdicarão da responsabilidade sobre a condução do processo, enquanto aos segundos - não havendo conquista a realizar - não poderão, eles mesmos, pretender alçar-se à condição de responsáveis. Lebrun contrapõe, em termos psicanalíticos, o patriarcado que impõe o terceiro, o pai, a alteridade na relação e que demanda ação e o matriarcado (mundo da mãe), que pressupõe a satisfação imediata dos desejos e a diluição da alteridade, apontando em cada uma dessas vias os seus inconvenientes de coação ou de imaturidade. Assim, entre a heteronomia absoluta e a horizontalização automática do processo, torna-se necessário o estabelecimento de uma terceira via de relação, a fim de que o objetivo final do ensino da ética no cuidado em saúde seja obtido.

A empatia e a capacidade de julgamento moral podem expressar-se diferentemente, ainda, sob condições financeiras inóspitas. Necessidade de segurança econômica e restrições financeiras são situações que podem afetar fortemente o comportamento humano. Ao avaliar a questão do julgamento moral em tempos de recessão financeira – matéria que, em países em desenvolvimento, diz respeito a todas as classes sociais – torna-se importante o aporte de informação obtido através do estudo de Dinsmore, Xiaoning e Kellaris (2015). A ausência de garantia de meios de subsistência pode conduzir os indivíduos a procurar meios alternativos de sobrevivência, relegando a um segundo plano as questões de ideais morais superiores (MASLOW, 2015). Assim, a dificuldade financeira pode tornar as pessoas menos sensíveis a considerações éticas, adotando um enfoque mais introspectivo e autocentrado: “dureza” é, afinal, em última análise, “sobre mim.” (p. 140). Se as preocupações egoístas podem ofuscar as necessidades dos outros, a consequência esperada é a dessensibilização para o comportamento antiético e sobre a situação dos prejudicados por ela. Dessa forma, indivíduos que experimentam dificuldades financeiras podem não dar tanto peso a considerações éticas como os menos tocados pela recessão. Além disso, as pessoas que experimentaram dificuldades podem adotar uma estrutura implícita de referência que faz o *marketing* eticamente controverso parecer menos censurável, em comparação a outros males. Os autores conduziram um estudo com dois objetivos: avaliar o julgamento moral e a empatia em consumidores após comunicação de uma atitude

eticamente controversa de um operador de telemarketing, que “vende” um cartão de crédito omitindo condições extremamente desfavoráveis à vítima, que atravessava fortes dificuldades financeiras. Os resultados indicam que a dificuldade financeira parece fazer as pessoas julgarem transgressões éticas com mais leniência, mas que – em contrapartida - a empatia com relação à vítima leva a julgamentos éticos mais duros, atuando como um moderador que intensifica o impacto de dificuldades financeiras no julgamento ético. As pessoas que tinham sofrido mais sob a recessão pareciam estar menos pacientes com a transgressão do operador de telemarketing, protegendo a vítima. O cenário da pesquisa dirige ao surgimento de sentimentos de empatia pelo julgamento a favor da "vítima", ao invés do transgressor. Isso teve um efeito significativo, tal como o fato de participantes mais empáticos terem sido mais duros em seu julgamento do operador de telemarketing e mais sensíveis ao sofrimento da vítima. O comportamento antiético pode ser julgado com menos severidade por aqueles que têm experimentado coisas relativamente piores, ou tendo em vista uma possibilidade de um sofrimento maior, como a experiência de dificuldades significativas durante uma recessão. Os autores observam ainda que as crises financeiras causam um aumento significativo de crimes como roubo e violência doméstica. A partir dessa observação se poderia razoavelmente inferir que as condições ambientais podem sobrecarregar sensibilidades morais.

3.5 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Se o primeiro capítulo tratou da insuficiência de definição da vertente ética pelas Diretrizes Curriculares Nacionais e das confusões conceituais explicitadas pelos estudos subsequentes à sua publicação, essa segunda parte abordou a perda da sensibilidade ética e a influência do currículo oculto na formação moral dos graduandos das áreas da saúde. Reconhecendo que os programas convencionais de educação ética para tais graduações ignoram a importância do manejo explícito do processo paralelo para o desenvolvimento da sensibilidade ética, é fundamental que as instituições e seus educadores providenciem um contexto pedagógico de coerência entre os valores formalmente ensinados e as normas de ação percebidas pelos alunos, contextualizando-os em um *modus vivendi* social que tanto influencia

no trama do laço social, quanto na empatia e no julgamento moral. Para isso, deve-se reconhecer da importância que o docente assume enquanto modelo a ser observado, introjetado e copiado, e da comunicação institucional e interpessoal no processo.

Após o desenvolvimento moral que se inicia no contexto familiar e social na infância e através da adolescência, no tempo histórico da graduação profissional, que equivale ao ingresso no mundo adulto, já não bastará que se conheçam e respeitem as regras formais, senão que – reconhecendo as influências do momento social vigente – se desvende o que informa, forma e mesmo deforma o currículo oculto que permeia cada processo de ensino aprendizagem. É necessário reconhecer a existência dos processos paralelos ao ensino, avaliá-los à luz de cada circunstância, momento e cultura institucional, identificando situações onde paradigma, atitude e teoria possam representar forças contraditórias na formação dos jovens adultos. Voltando à questão das diretrizes curriculares e sua relação com a formação em saúde, em um país de dimensões continentais e de culturas tão diversas quanto as realidades educacionais, é importante lembrar que as DCN podem ganhar interpretações e aplicações que se particularizam a cada área, mas que, no conjunto da saúde, tendam a uma uniformidade de pautas e perfis desejados. Porém, mais diversa do que a aplicação das DCN, é a questão do currículo oculto, onde cada disciplina, ministrada por cada docente, em cada instituição, aportará possibilidades tão diversas e importantes ao processo, que se torna fundamental expor as cartas do extenso jogo formativo, colocando-as sobre a mesa, manejando-as às claras. Fundamental lembrar o conceito já explicitado de que sensibilidade ética é equivalente à construção de raciocínio e emoção, desenvolvidos em equilíbrio.

Em resumo, este capítulo abordou as questões referentes à socialização profissional e àquelas que dizem respeito aos currículos formal e implícito, alertando sobre a necessidade de repensar - diante de Diretrizes Curriculares de definições imprecisas e das fortes influências aportadas pelo currículo oculto -, a formação ética em saúde. Em outras palavras, se as DCN não dão conta de apontar um caminho claro de formação ética e se, ao desenvolver um Plano Pedagógico, as instituições não considerarem os diferentes paradigmas sociais e políticos que estão em jogo no ensino, se não forem reconhecidas e explicitadas as questões veladas e os

processos paralelos que perpassam a educação em saúde, será difícil esperar que o resultado seja a formação de indivíduos com clareza de princípios éticos e condutas que não representem repetições (verbais e atitudinais) monológicas de um mesmo e confuso discurso.

O próximo capítulo abordará a questão do desenvolvimento moral antes da Graduação e a formação das competências éticas necessárias a docentes e discentes no ensino aprendizagem da ética em saúde.

4 O DESENVOLVIMENTO MORAL, AS COMPETÊNCIAS ÉTICAS E O PAPEL DOCENTE

El principio de que aquí se parte es que las decisiones morales no son más fáciles de tomar que las puramente diagnósticas o terapéuticas. Como en éstas, se necesita de sólidos fundamentos y amplia práctica. La práctica que no se fundamenta en una sólida investigación de los fundamentos teóricos no merece ninguna confianza...

Diego Gracia, 2007. ²⁶

A socialização ocorre ao longo do desenvolvimento humano, constituindo um processo lento, gradual e cumulativo. Diversas teorias têm procurado estabelecer a maneira pela qual é adquirido e desenvolvido o senso moral, e algumas delas enfatizam o modo como os diferentes gêneros chegam a assumir os valores que orientam futuros comportamentos. Sigmund Freud, (1905), com suas conhecidas observações acerca do complexo edípico nos meninos e do complexo de castração nas meninas, foi o ponto de partida das teorias contemporâneas acerca da diferenciação dos papéis sexuais (relativos a gênero). No final do século passado Nancy Chodorow (1978) estudou a reprodução das diferenças quase universais que caracterizam o papel social masculino e feminino, atribuindo o desenvolvimento de tais funções à necessidade de identificação ou diferenciação do papel geralmente feminino do primeiro responsável pelo cuidado dos filhos; no caso das meninas, a identificação seria traduzida por apego; já nos meninos, ao necessitar diferenciar-se do papel feminino, esse movimento estaria configurado como o de separação. A partir destas, diversas teorias foram desenvolvidas em grupos de diferentes gêneros, faixas etárias e com tempos diferentes de seguimento dos grupos de pesquisa, como as de Jean Piaget (*apud* BIAGGIO, 1981), George Herbert Mead (*apud*

BIAGGIO, 1981), e Janet Lever (*apud* GILLIGAN, 1982). Reconhecendo o pioneirismo desses pesquisadores em apontar outras possibilidades de entendimento sobre as diferenças na aquisição moral de meninos e meninas, entretanto, este capítulo pretende centrar nos estudos de Lawrence Kohlberg (*apud* GILLIGAN, 1982) que acompanhou o desenvolvimento de meninos por duas décadas e de Carol Gilligan (1982) que, enfocando suas observações sobre mulheres em diferentes faixas etárias, encontrou importantes pontos de divergência relativos às conclusões de Kohlberg.

4.1 LAWRENCE KOHLBERG

Assim como Piaget²⁷, Kohlberg (1984) defendeu a universalidade dos princípios morais e enfatizou a importância da maturação de estruturas cognitivas, postulando uma sequência invariante de estágios no desenvolvimento do julgamento moral. Para isso, acompanhou o desenvolvimento de oitenta e quatro indivíduos do sexo masculino durante vinte anos, desde a infância até a idade adulta. Para Kohlberg, a passagem da pessoa de um estágio para outro é uma questão de aprendizagem e, por isso, o desenvolvimento do juízo moral ocorre no indivíduo desde a infância, não estando dissociado do seu desenvolvimento intelectual e psicomotor. Nesse itinerário, o indivíduo sai de uma posição em que é incapaz de realizar juízos morais, rumo a uma situação na qual tem consciência plena sobre a existência de regras e normas morais, bem como sobre a necessidade (ou não) de obedecê-las. Tendo como instrumento de pesquisa a apresentação de pequenas histórias contendo dilemas morais, o autor avaliou as respostas de sujeitos

²⁷ Ao estudar o desenvolvimento moral, Piaget (1932) preocupou-se especificamente com o julgamento moral e com os respectivos processos cognitivos que lhe eram subjacentes. Definiu estágios através de pesquisas que consistiram de entrevistas e observação de crianças em jogos, permitindo concluir as diferenças em relação ao respeito às regras em crianças de diferentes faixas etárias. Para Piaget três fases, que podem se manifestar em superposição, podem ser descritas, quanto ao desenvolvimento moral, Anomia, Heteronomia e Autonomia Moral. 1ª fase: Anomia – Crianças até 5 anos – normas de conduta são determinadas pela repetição e pelo hábito e assimiladas a partir das necessidades básicas, não como um atributo moral sobre o que é certo ou errado. 2ª fase: Heteronomia – (dos seis aos 10 anos) percepção das regras como absolutas e imutáveis, com caráter místico. A ação é julgada a partir das consequências dos atos. 3ª fase: Autonomia moral – (entre 8 e 12 anos) – crítica acerca do propósito e consequências das regras morais. Considerações a respeito de reciprocidade, igualdade. Percepção das regras como estabelecidas e mantidas pelo consenso social e resultado da livre decisão. Regras podem ser mudadas, se mutuamente consentido.

pertencentes a culturas ocidentais e não ocidentais, cujos resultados parecem indicar que os valores morais básicos são encontrados em todas as culturas e desenvolvidos na mesma ordem. A análise resultante possibilitou o desenvolvimento da teoria mais fundamental de Kohlberg, que classifica seis estágios do juízo moral, a se desenvolverem em três níveis:

- pré-convencional (ou pré-moral), estágios 1 e 2, onde predominam a orientação para a punição e à obediência, e o hedonismo instrumental relativista;

- convencional (moralidade de conformismo ao papel convencional), estágios 3 e 4, onde a ênfase recai sobre a “vontade de agradar os outros”, com a autoridade mantendo a moralidade; e

- pós-convencional (moralidade de princípios morais aceitos conscientemente), estágios 5 e 6, onde vigoram a moralidade de contrato, da lei democraticamente aceita e a moralidade dos princípios individuais de consciência. (BIAGGIO, 1981).

Abordada no capítulo anterior, a empatia, que desempenha um papel importante sobre a sensibilidade ética e o juízo moral, é desenvolvida, segundo Kohlberg (1981) no terceiro estágio do desenvolvimento moral, tendo como concepção da moralidade o vínculo a questões interpessoais a partir de conceitos que associam bondade com necessidade de ajudar e agradar outrem e caracterizaria a moral funcional feminina, aí cristalizada. Já a subordinação às regras e aos princípios universais de justiça representam os estágios quatro a seis da escala, alcançados pelos homens ou por mulheres que acessarem a arena tradicional da atividade masculina.

Tabela 1 – Os estágios de desenvolvimento moral segundo Lawrence Kohlberg

Nível A	Pré-convencional
Estágio 1	O estágio do castigo e da obediência:
	As razões para fazer o que é direito são o medo do castigo e o poder superior das autoridades.
Estágio 2	O estágio de objetivo instrumental e da troca:
	A razão para fazer o que é direito é servir às necessidades e interesses próprios em um mundo em que é preciso reconhecer que as outras pessoas também têm seus interesses.
Nível B	Convencional
Estágio 3	O estágio das expectativas interpessoais mútuas, dos relacionamentos e da conformidade:
	As razões para fazer o que é direito são: a) ter necessidade de ser bom a seus próprios olhos e aos olhos dos outros; b) importar-se com os outros e por quê; c) ao colocar-se no lugar do outro, tal comportamento seria o desejável a si próprio (regra de ouro).
Estágio 4	O estágio da preservação do sistema social e da consciência:
	As razões para fazer o que é direito são: a) manter em funcionamento a instituição como um todo; b) o autorrespeito ou a consciência compreendida como o cumprimento das obrigações definidas para si próprio ou a consideração das consequências: “e se todos fizessem o mesmo?”
Nível C	Pós-Convencional
Estágio 5	O estágio dos direitos originários e do contrato social ou da utilidade:
	As razões para fazer o que é direito são em geral: a) sentir-se obrigado a obedecer a lei pela existência de um contrato social de fazer e respeitar leis, pelo bem de todos e para proteger os seus próprios direitos e os direitos dos outros; b) as obrigações de família, amizade, confiança e trabalho também são compromissos ou contratos assumidos livremente e implicam o respeito pelo direito dos outros; c) importa que as leis e deveres sejam baseados em um cálculo racional de utilidade geral: “o maior bem para o maior número”.
Estágio 6	O estágio dos princípios éticos universais:
	As leis ou acordos sociais são válidos porque se apoiam em tais princípios. Quando as leis violam esses princípios, deve-se agir de acordo com o princípio. Os princípios universais de justiça são a igualdade de direitos humanos e o respeito pela dignidade dos seres humanos enquanto indivíduos. Esses não são meramente valores reconhecidos, como também são princípios usados para gerar decisões particulares. A razão para fazer o que é direito reside na percepção, enquanto pessoa racional, da validade dos princípios e da necessidade do comprometimento com eles.

Fonte: adaptado de Habermas (2003, p. 154-154).

Utilizando a tradução de três das histórias de Kohlberg, Biaggio, (1973), realizou um estudo comparativo entre estudantes universitários de uma universidade estadual do meio-oeste americano e universitários brasileiros e obteve resultados

semelhantes. Porém, um aspecto a ser considerado neste estudo, uma vez que o trabalho investiga o ensino da ética aos profissionais de saúde brasileiros, é que os sujeitos americanos tiveram uma porcentagem significativamente maior de respostas estágio 4 (“lei e ordem”) do que os brasileiros (55% versus 26%, $t=2.9$, $p<0,01$). Segundo Biaggio (1981), “essa diferença coincide com observações informais que sugerem que o brasileiro típico é menos rígido na observância a leis do que o americano típico”. (BIAGGIO, 1981, p.192).²⁸

4.2 CAROL GILLIGAN

Carol Gilligan (1982) possui uma trajetória de estudos e vivências com mulheres de diferentes culturas. Tendo desempenhado funções de pesquisadora assistente de Kohlberg (BALL, 2015), estabeleceu comparações e críticas à sua teoria. Postulando a existência de diferenças na compreensão e justificação moral entre os gêneros, critica os modelos que fazem do desenvolvimento moral dos meninos o paradigma, e as peculiaridades aquisitivas e relacionais do desenvolvimento moral feminino como o padrão desviante: na teoria de Freud, compensatório, pela angústia da castração, e na de Kohlberg, deficiente. Sugere que Kohlberg, ao delinear seus estudos sobre o desenvolvimento da moral, incluindo apenas meninos, sem considerar as diferenças de gênero, refletiu somente a importância da necessidade masculina da individuação (separação), e que as mulheres tendem a estabelecer a si mesmas através da perspectiva da conexão. Se

²⁸ Assim como a atividade de cuidado e de contato com o primeiro cuidador influencia a formação da identidade de gênero na primeira infância, as diferenças de sexo na formação da personalidade surgem, segundo Mead (1934) e Piaget (1932), com os jogos infantis durante os anos escolares; neles, são apreendidos o respeito às regras e as maneiras como elas podem ser mudadas. Observando 181 crianças brancas de 10 a 11 anos pertencentes à classe média em suas atividades recreativas, Lever (1976), relatou que os meninos brincam mais fora de casa, em grupos maiores e de idades mais heterogêneas do que as meninas. Preferem jogos mais competitivos e são mais capazes de interromper o jogo, discutir acerca de suas regras e retomar a atividade do que as meninas, que tendem a terminar o jogo na ocorrência de alguma disputa. Lever conclui que os meninos – através dos jogos – aprendem tanto a independência quanto as qualificações organizacionais necessárias para coordenar as atividades de grupos maiores e diversos de pessoas, a “brincar com seus inimigos e competir com seus amigos, tudo de acordo com as regras do jogo”, enquanto que as meninas brincam em grupos menores, mais íntimos e lugares privados. (GILLIGAN, 1982, p.19-21). Mead avalia que o resultado disso é a abstração sobre quem seria o outro a partir dos comportamentos aprendidos e exercitados nos jogos, como o “outro generalizado”, para os meninos, e o “determinado outro”, para as meninas (GILLIGAN, 1982). É possível concluir, então, que - nos termos dos meninos - o outro é o outro da regra, qualquer outro, inclusive ele mesmo e, para as meninas, o outro corporifica-se num determinado outro (a melhor amiga, por exemplo).

Kohlberg aponta para uma deficiência feminina na cognição e capacidade lógica de arrazoamento moral (na questão, por exemplo, da resposta ao conhecido dilema sobre se o marido de uma pessoa com câncer poderia ou não roubar o medicamento necessário ao tratamento), Gilligan pontua uma diferença na perspectiva da lógica masculina para a resposta feminina baseada em relacionamentos e conexões emocionais. Ao estabelecer uma ética feminista centrada no cuidado como elemento que justifica as tomadas de decisão moral pelas mulheres, explicita a diferença e o paradoxo, uma vez que os traços definidores da “bondade” nas mulheres, seu cuidado e sensibilidade às necessidades dos outros, são aqueles que as assinalam como deficientes na teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg. (GILLIGAN, 1982, p. 46-50).

Ao estudar as justificações morais de um grupo de mulheres em uma situação de interrupção deliberada da gestação, e entrevistá-las novamente durante e ao final do primeiro ano após a decisão, descreve a passagem da preocupação com a sobrevivência para a inquietação com a bondade e daí para a verdade, assinalando que a crise marcou a transição do egoísmo para a responsabilidade (p.120).

Gilligan, não pretendendo substituir a teoria de Lawrence Kohlberg, mas complementá-la, sugere que as mulheres que ela entrevistou utilizam uma ética do cuidado, na qual a moralidade está baseada mais na compaixão e centrada nos outros, do que em códigos universais de comportamento e conduta. Acredita, ainda, que a ética do cuidado não é inerente ou exclusiva das mulheres, embora seja um traço mais frequentemente encontrado entre elas. Conclui que as mulheres não são deficientes do ponto de vista moral, mas que elas estão simplesmente utilizando um estilo de arrazoamento moral que não foi capturado pelo método de Kohlberg, por não ter considerado as suas vozes.

4.3 A CRÍTICA A KOHLBERG

Importante retomar aqui, sobre os estudos de Piaget e Kohlberg, a mesma crítica apontada aos estudos da Universidade de Toronto. A identificação de conflitos em vinhetas, assim como a classificação dos estágios de desenvolvimento moral seguem, em ambos os estudos, o viés cognitivista, onde são pouco avaliadas

as atitudes morais dos indivíduos. É necessário considerar – principalmente no acompanhamento do desenvolvimento da sensibilidade moral dos alunos - as diferenças entre a capacidade de acertar respostas em um teste e a vivência moral que, como refere Akabayashi, citado anteriormente, pode ser assimilada e vivenciada de modo intuitivo nas atividades diárias. Já o uso de pesquisas experimentais é característico do enfoque comportamental (Behaviorista), que considera o desenvolvimento moral em termos de princípios de aprendizagem, quais sejam os de reforço positivo (prêmio) reforço negativo (punição) e modelação (exemplo).²⁹

4.4 O DESENVOLVIMENTO MORAL NA GRADUAÇÃO E A SENSIBILIDADE MORAL DISTINTIVA

É adequado falar de desenvolvimento moral em um contexto educativo superior, como é o caso da Graduação nas Ciências da Saúde? As investigações realizadas por um grupo de pesquisadores de Minnesota (REST *et al.*, 1994) encaram essa pergunta e justificam a validade de incluir a educação moral, ou os investimentos no desenvolvimento moral em indivíduos no período que se sucede aos anos iniciais do desenvolvimento, especialmente nas graduações profissionais. Rest (1994) descreve o resultado obtido da meta-análise após 25 anos de aplicação do DIT (*Definition Issue Test*), que será abordado a seguir, neste capítulo.

As meta-análises demonstram que sujeitos de mais idade (por exemplo, graduandos e estudantes de cursos profissionalizantes) são especialmente receptivos aos programas de educação

²⁹ Em contraposição aos estudos de Kohlberg, a grande contribuição desta linha de pensamento foi a investigação de comportamentos manifestos pela criança em situações que envolvem decisões morais, ao invés de estudos sobre o que a criança pensa ser certo ou errado ou sobre como ela se sente a respeito de transgressões. Grinder (1961) estudou o comportamento infantil sobre o fator que denominou “resistência à tentação”, e outros autores, como Burton, Macoby e AllinSmith (1961), Grinder (1962) e Sears, Rau e Alpert (1965) correlacionaram práticas maternas com comportamentos indicativos de resistência à tentação. Suas conclusões apontam para o fato de que o desenvolvimento do altruísmo parece ser facilitado pelo afeto positivo, reforço e imitação, sendo este último – mais do que a instrução verbal - o fator mais forte e consistentemente relacionado ao altruísmo autônomo e de longo prazo. (BIAGGIO, 1981, p.197-9). Em relação à época da aquisição da moralidade, Chodorow apoia-se nos estudos de Robert Stoller (1964), que avaliam que a identidade de gênero é estabelecida por ambos os sexos em torno dos três anos de idade. Contrariando a impressão comum de que uma teoria desenvolvimental seja elaborada como uma pirâmide com sua base na infância, para Piaget (1970), entretanto, o desenvolvimento moral é definido e reformado na maturidade – o estágio mais avançado.

desenhados para promover o desenvolvimento moral. Em consequência, diante da ideia de que seria muito tarde para encarar este tipo de programa no nível de educação profissional, a evidência mostra que estes não são, de modo algum, tardios. (REST, NARVAEZ, 1998, p. 20).

Rest e colaboradores (2000) criticam e reformulam a teoria de Kohlberg, e substituem a sequência de níveis e etapas para descrever o desenvolvimento do raciocínio moral por um “modelo dos quatro componentes” da conduta moral. Os autores consideram que o legado da teoria de Kohlberg - uma composição a partir da teoria do desenvolvimento moral de Jean Piaget e da filosofia moral de John Rawls - nem sempre esteve muito envolvida com a coerência lógica entre seus muitos projetos. Segundo a crítica dos autores, os primeiros empreendimentos de Kohlberg para a educação moral, com base em um modelo cognitivo de desenvolvimento moral individual (a Teoria dos seis estágios), não era consistente com a sua abordagem posterior, que enfatizava o desenvolvimento de normas comunitárias (a "Comunidade Justa").

Além disso, Kohlberg alterou suas propostas para uma teoria do desenvolvimento à medida que avançava: ele mudou seu sistema de pontuação de etapas ao longo dos anos 1970 e 1980; de várias maneiras tentou relacionar "Cuidado" para "Justiça", e os seus debates com os teóricos da aprendizagem social (Kohlberg, 1969) tiveram muitas vicissitudes. (REST *et al.*, 2000. p.382).

Opondo-se às teorias que separam a cognição da emoção e da conduta, os pesquisadores da escola de Minnesota enfatizam o papel de diferentes processos psicológicos como componentes na conformação da conduta moral, como:

a) A *sensibilidade moral*, o componente que “permite interpretar a situação como moral” (BEBEAU; THOMA, 1999, p. 345) e inclui “a construção imaginativa de possíveis cenários, o reconhecimento de encadeamento de causas e consequências no mundo real, a empatia e a assunção de papéis. (REST, 1994, p. 23).

b) O *juízo moral*, como a capacidade de julgar entre diferentes linhas de ação para estabelecer qual delas é mais justificável, ou seja, como o indivíduo pondera um determinado curso de ação a partir de uma concepção de justiça ou de “cooperação social”. (REST, 1994, p. 23-24).

c) As *motivações morais*, no sentido que leva a “subordinar as preocupações ou os interesses não morais aos morais”, nas situações em que exista este conflito (REST, 1994). Cabe destacar aqui que “muitas das falhas mais notáveis no comportamento profissional podem ser atribuídas à baixa prioridade conferida à

moralidade, mesmo que o aspecto moral da situação seja cabalmente compreendido”.(BEBEAU; THOMA, 1999, p. 345).

d) O *caráter moral*, capacidade de “construir e implementar ações que sirvam à escolha moral”, permitindo ao indivíduo mantê-la, mesmo sob condições que o pressionem para que aja de outro modo. Este componente envolve “resistência do ego (*ego strength*), perseverança, firmeza, tenacidade, convicções e coragem”. (REST, 1994, p. 24).

Este modelo de desenvolvimento moral de quatro componentes não pressupõe estágios fixos, mas é considerado como uma sucessão de ondas que se superpõem. Assim sendo, não são instâncias psicológicas que funcionam separadamente, mas dependem de uma composição de processos cognitivos e afetivos. Um dos conceitos mais importantes neste modelo aplicado ao ensino no campo da ética profissional é a distinção de três níveis de cognição moral: o nível dos princípios (trata da justificação do sistema moral da sociedade, conforma a estrutura cognitiva profunda do sujeito, o “esquema moral”); o nível dos conceitos éticos intermediários, que abrange as noções empregadas comumente na bioética como autonomia, consentimento informado, competência, veracidade, etc. Tal nível é onde se apoia mais comumente a prática profissional, em contextos reais, e o nível dos códigos de ética profissionais, onde se encontram as proibições e prescrições concretas da atuação, que devem ser coerentes com os conceitos intermediários e os princípios éticos. (BEBEAU; THOMA, 1999.) (REST, *et al.*, 1999).

A relação entre os componentes da conduta moral (sensibilidade, juízo, motivação e caráter moral) e os níveis de cognição descritos acima – processos fortemente cognitivos e emocionais – resultam na sensibilidade moral. Segundo BEBEAU (2002), a sensibilidade moral se transforma em sensibilidade ética quando o indivíduo incorpora as categorias mais concretas da ética profissional.

4.5 A SENSIBILIDADE MORAL PROFISSIONAL - A DEFESA DA ÉTICA PROFISSIONAL

No início do capítulo anterior o bioeticista Churchill (1989) foi citado por utilizar o termo *moral sensibility*, ao invés do usual *sensitivity*; neste, ele aborda distintivamente os níveis de tomada de decisão em situações moralmente conflitivas.

Descrevendo a decisão de um pediatra de denunciar um caso de abuso infantil, analisa as quatro possíveis respostas que suportam a decisão de denunciar o caso: a ordem legal (denúncia de delito penal); o imperativo moral (evitar dano a um ser indefeso); as convicções pessoais (alegação de questões de consciência) ou por; as obrigações profissionais (ética profissional). Para o autor, que denomina o entrelaçamento das justificativas como a “sensibilidade moral profissional”, a sensibilidade moral sem uma ética médica “distintiva”, isto é, (uma situação) onde a conduta do médico esteja justificada somente pelos requerimentos legais, ou pela ética geral do cidadão (senso comum) ou ainda pelos valores pessoais, estaria sujeita a mudanças, segundo as novas tendências morais (relativismo moral) ou alterações nos marcos jurídicos ou de convicções pessoais. Despojada de uma capacidade de distanciamento, a profissão médica ficaria exposta a pressões religiosas, sociais e econômicas capazes de apagar seu sentido: “uma profissão sem convicções morais não tem nada que ensinar” (CHURCHILL, 1989, p. 34). Em resumo, a manutenção de uma ética profissional distintiva, que deve ser aprendida pelos alunos na Graduação e ser permanentemente debatida em suas distintas convicções e entre suas tensões incessantes e consensos provisórios, tem valor moral intrínseco, tanto para os médicos quanto para o conjunto da sociedade.

4.6 O DESENVOLVIMENTO MORAL PÓS-CONVENCIONAL E A NEUROCIÊNCIA

Se o estágio de desenvolvimento cognitivo e moral de um indivíduo pode ser avaliado com o auxílio de testes específicos como os já mencionados PIT e DIT, então é possível que tais achados encontrem alguma correlação na conformação anatômico-funcional do cérebro humano. Esse foi o estudo realizado por Prehn e colaboradores (2015), que utilizaram duas abordagens diferentes para a compreensão das diferenças individuais no raciocínio moral: os níveis do desenvolvimento moral estabelecidos pelas teorias de Kohlberg e Rest, e a competência de aplicação dos valores em situações de conflito, de acordo com a teoria de Lind. Embora o nível de raciocínio moral (ou esquema moral preferencial, de acordo com as teorias de Kohlberg e Rest) esteja relacionado aos valores e preferências morais, a competência do juízo moral (de acordo com a teoria de Lind)

descreve a capacidade para aplicar, de forma consistente, esses valores morais e preferências em situações sociais difíceis. Procurando correlacionar achados de neuroimagem com as variáveis independentes configuradas pelo nível de raciocínio moral e competência do juízo moral, o estudo incluiu 730 estudantes de um programa de Pós-Graduação em Administração (*Master in Business Administration - MBA*),³⁰. Para obter dados sobre o desenvolvimento moral, foram aplicados os testes de Julgamento Moral (*Moral Judgment Test – MJT*) e de raciocínio moral sobre problemas morais (*Defining Issues Test - DIT-2*). O registro da anatomia e do funcionamento cerebral foi obtido através de imagens de ressonância do cérebro (*voxel-based morphimetry – VBM*). A análise multivariada dos dados permitiu concluir que os indivíduos situados em estágios mais desenvolvidos de raciocínio e competência moral possuíam mais atividade e volume de massa cinzenta, bilateralmente, no ventre medial do córtex pré-frontal do cérebro, comparativamente aos indivíduos que apresentaram escores mais baixos nos testes de avaliação do desenvolvimento moral. Os testes psicométricos aplicados também permitiram avaliar que indivíduos classificados no estágio de raciocínio pós-convencional eram mais abertos a novas experiências e apresentavam menor neurotização (*neuroticism* foi o termo utilizado). Vários outros estudos situam no córtex pré-frontal a ativação em situações desafiadoras da sensibilidade moral a problemas que envolvem os sentidos de justiça e cuidado, caridade e culpa, bem como em desfechos que medem a cognição social. (PREHN *et al.*, 2015, p. 8).

4.7 COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS OU COMPETÊNCIAS ÉTICAS? O QUE SE PRETENDE FORMAR?

O conceito de competência ética pode ser definido em termos de força de caráter, consciência ética, capacidade de julgamento moral e vontade de fazer o

³⁰ A amostra selecionada apresentava-se homogênea quanto à faixa etária (24 a 33 anos, com média = 27 anos, informação importante para considerar a completa maturação estrutural cerebral) e ao número aproximado de anos de escolaridade, características importantes que podem afetar o nível de cognição e de raciocínio moral, mas era heterogênea em relação às áreas de formação dos alunos, que variavam entre a administração, a engenharia e a matemática e as ciências humanas. Tal heterogeneidade de áreas de formação e interesses visa corrigir um possível viés de seleção, em que o desenvolvimento cerebral desta área pudesse estar relacionado à maior estimulação por ciências humanas ou exatas, por exemplo.

bem. A experiência profissional virtuosa, a comunicação humana profissional, o conhecimento ético e ambiente de apoio na organização podem ser vistos como pré-requisitos para a competência ética, que resulta em encontrar as melhores soluções possíveis para o paciente, na redução do desconforto moral no trabalho e no desenvolvimento e democratização da sociedade (KULJU *et al.*, 2015).

Segundo Alonso (1994)³¹, “o bom profissional precisa ser competente naquilo em que consiste precisamente sua profissão. Essa competência é adquirida através de um grande esforço de estudo e socialização, em uma espécie de rito de iniciação necessário para ser admitido dentro do coletivo profissional” (p. 58), uma vez que ser profissional é pertencer a um grupo. Com a finalidade de excluir aqui qualquer risco de que ao falarmos de competência ética profissional se possa reduzi-la ao seu aspecto deontológico, resgatou-se o pensamento desse autor, para quem a ética profissional está centrada ante todo o tema do bem: o que é bom fazer, a serviço de que bem está uma profissão. “A deontologia profissional se ocupa, antes de tudo, dos deveres e obrigações. Sem a perspectiva ética, a deontologia fica sem horizonte de referência. A deontologia exige atuação, a ética propõe e pede motivações”. (ALONSO, 1994, p. 57). Assim, não se tratará, aqui, de distinguir competência ética de competência profissional, uma vez que não se separam: não faz sentido pensar em um profissional competente tecnicamente que não seja atravessado pela atitude ética reflexiva; assim como a ética isolada, que não dá conta da aplicação na vida prática de relação, não passa de disciplina que possui interesse estritamente filosófico. Se a competência profissional é definida como a capacidade de mobilizar e articular saberes e valores, integrando conhecimentos no processo cotidiano de saber agir, que confere resultado às ações (LE BOTERF, 2007) então, como requer Libaneo (2004), a competência é uma faculdade que possui duas dimensões: a técnica e a política, onde a primeira se refere ao domínio de conteúdos, técnicas e estratégias, e a segunda diz respeito ao aspecto valorativo da ação. Ambas as dimensões são mediadas pela ética (RIOS, 2008) e ser eticamente competente significa lidar com a demanda ética de modo crítico, reflexivo e resolutivo (PAGANINI; EGRY, 2011) (SCHAEFER; JUNGES, 2014) (BURGATTI *et al.*, 2013). Assim, as competências éticas devem necessariamente articular os aspectos

³¹ Compilado por Jose Luis Fernandez Fernandez e Augusto Hortal Alonso. O autor é professor da faculdade de filosofia e letras da Universidade Pontificia Comillas de Madrid, Espanha.

cognitivos com a sensibilidade moral em um contexto que considere a sensibilidade moral distintiva a cada profissão.

Para fazer frente aos imensos desafios gerados pela vertiginosa expansão de conhecimentos da cultura ocidental e da necessidade que as pessoas que assumem posições de liderança possuem de examinar todos os dados de um determinado problema, são necessárias competências cada vez maiores. Considerando que “a soma dos melhores especialistas não consegue gerar senão uma incompetência generalizada, pois a soma das competências não é a competência: no plano técnico, a intercessão entre os diferentes campos é um conjunto vazio”, Nicolescu (1999, p.10) explicita a necessidade da construção de pontes entre as diferentes disciplinas: a *interdisciplinaridade*, que diz respeito à transferência de métodos de uma disciplina a outra, muitas vezes gerando novas disciplinas híbridas (como exemplos, a astrofísica, a cosmologia quântica, a arte informática) que contribuíram para o que chamou de big-bang do conhecimento; e a pluridisciplinaridade, que corresponde ao estudo de um objeto de uma única disciplina por várias outras disciplinas³². No entanto, a pluridisciplinaridade e a interdisciplinaridade, embora ultrapassem as disciplinas, mantêm sua finalidade inscrita na pesquisa disciplinar. A transdisciplinaridade diz respeito ao mesmo tempo àquilo que se encontra entre as disciplinas, através das diferentes disciplinas e além de qualquer disciplina, como indicado pelo prefixo trans. Enquanto a pesquisa disciplinar diz respeito a um único nível de realidade, a pesquisa transdisciplinar se interessa pela dinâmica gerada pela ação de vários níveis de realidade simultaneamente. Nicolescu propõe a ética como a não disciplina, o terceiro incluído, a instância que – situada acima do espaço das disciplinas e das interfaces entre elas, como no vértice de um triângulo cuja base fossem as instâncias disciplinares e suas interfaces – poderia organizar e congregar as questões da transdisciplinaridade que permeiam nosso tempo. Entretanto, o trânsito nesse novo terreno da transdisciplinaridade requer o desenvolvimento de competências que, do mesmo modo, não se restrinjam às disciplinas, mas que articulem os saberes de várias áreas profissionais em uma demanda constante que é dada, no espaço intraprofissional, pelo aprimoramento

³² Nicolescu exemplifica este conceito com o estudo de um quadro de Giotto, por várias disciplinas, como pela história da arte, física, química, história das religiões, etc.

técnico, e no espaço interprofissional, pelo ético-político: as Competências Transversais, tema da próxima seção.³³

4.8 COMPETÊNCIAS ÉTICAS TRANSVERSAIS – COMO DESENVOLVÊ-LAS?

Se diversos autores diferentes levantam a necessidade do desenvolvimento de uma competência que é comum a várias disciplinas, precedendo-as, como um pré-requisito, e transcendendo ao próprio conteúdo disciplinar, então é importante discutir o que é entendido como competência transversal. Rey (2002) se dedica a examinar detidamente a questão da existência das competências transversais como uma aptidão (um saber-fazer) que se poderia detectar ou tentar construir nos alunos, que seria comum a várias disciplinas e não específica a nenhuma delas. Uma competência transversal seria algo que, fazendo parte de uma disciplina, pudesse desvincular-se dela e ser utilizado em práticas exteriores à escola (p.14). A terminologia referente ao campo nocional da competência e da transversalidade é volúvel, uma vez que se vale de discursos científicos heterogêneos: pedagogia, análise do trabalho, formação profissional, linguística, sociologia, filosofia, etc.

Sob o aspecto pedagógico, a noção de competência parte de três diferentes posições: 1) a “competência-comportamento”, inspirada por uma vontade de cientificismo voltada para os objetivos pedagógicos, e uma presumível mensurabilidade de resultados norteiam o processo de ensino. Equivale, na taxonomia de Bloom, ao enunciado “que (ao final de uma atividade, unidade, fração de tempo) o aluno seja capaz de...”; 2) a “competência-função”, como um conjunto de atos selecionados num repertório já conhecido e dominado, visando a um objetivo técnico-social. Tais habilidades são específicas por natureza. Uma competência desse tipo pode ser segmentada em competências-elemento que, reagrupadas, reencontram-se em competências-função e poderiam, aí, caracterizar competências transversais. Porém, a alegação do caráter ilusório de tal transversalidade situa-se no fato de que, reagrupadas as competências-elemento

³³ Além das competências transversais serem requeridas para o trânsito adequado entre as disciplinas, na área da saúde as competências transversais são fundamentais aos frequentes e necessários deslocamentos entre Campo e Núcleo. Os conceitos de Campo e Núcleo são desenvolvidos em Campos (2015).

em situações diferentes, descaracteriza-se o elemento inicial (p.72). Ao contrário do behaviorismo, que previa mensurações de resultados a partir de resultados fisiológicos a estímulos, a competência-função aborda o sentido de competência voltada às condutas humanas e; 3) a competência como “poder de conhecimento”, inspirada na definição de competência linguística de Chomsky, que trata do poder inato que o homem tem de “adaptar seus atos e suas palavras a uma infinidade de situações inéditas”, para “defini-la como um poder de geração e de adaptação de ações” (p. 48-9). A competência chomskiana é, em primeiro lugar, a capacidade linguística que todo falante tem de produzir uma infinidade de frases providas de sentido em sua própria língua, mas é também a capacidade da pessoa produzir enunciados e atos que sejam apropriados a uma situação, embora não sejam efeitos mecânicos (ou fisiológicos) de estímulos inerentes a ela.

O autor considera que, se as duas primeiras competências partem de pressupostos similares, onde, em ambas, a competência é vista como específica, seja ao considerar a resposta comportamental desejável a uma dada situação, seja como resposta técnica a uma tarefa social ou escolar (conjunto de comportamentos vistos como uma unidade composta por um conjunto de ações necessárias à realização de), a terceira noção, a da competência entendida similarmente à potência geradora é, por definição, transversal. O problema, segundo o autor, reside no fato de que esse modelo não explicita o funcionamento, tampouco o modo como o sujeito adquire tal competência. Para Rey (2002), existem três condicionantes à existência de capacidades (que aqui ele usa como sinônimo de competências) transversais. Todas elas pressupõem que essas capacidades possam ser aprendidas (e, assim, ensinadas ou provocadas):

- simultaneidade do aparecimento em domínios diferentes;
- aquisição em um contexto específico e transferência a outros e;
- aquisição independente de quaisquer conteúdos.

Além disso, após examinar elementos epistêmicos importantes – transferência de competências, estruturas operatórias, memória de trabalho, transferência de conhecimentos, superficialidade versus especificidade de competências, etc. - que incluem desde as teorias de Vigostsky (aprendizado de capacidades gerais) a Piaget (cognitivismo), entre outros, Rey assume a existência do caráter multiforme das competências transversais, considerando que as

capacidades sejam prévias às disciplinas propriamente ditas, o que inclui tanto o *savoir faire* prévio às disciplinas como o que nelas excede e que se transformará em competência transversal a ser utilizada pela disciplina seguinte. Segundo o autor, e corroborando, no campo do ensino da ética, o que foi apontado pela sociologia como “*habitus*”³⁴.

Falar de competências transversais também significa esperar que não corresponda apenas à escola o dever de construir os poderes intelectuais da criança; significa supor que há, com anterioridade aos exercícios disciplinares, certas faculdades intelectuais que supomos que já são suas. [...] De forma mais abrangente, a escola toda só se justifica pela ideia de que ela produz competências que são úteis durante toda a vida. A ideia da transversalidade serve, ainda, para alimentar a esperança de que um ensino vinculado a uma cultura em particular possa ser, no entanto, uma via de acesso ao universal. (REY, 2002, p.215-216).

Após a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais, a maioria dos artigos aponta para a necessária abordagem inter e transdisciplinar, no ensino da ética. Com diferentes denominações, mas com sentidos similares de transcendência às disciplinas, os termos transversalidade, transdisciplinaridade, integralidade, integração horizontal e vertical de conteúdos, como será exemplificado através de alguns autores a seguir, parecem demonstrar uma mesma e necessária ideia: a de que a ética não deve permanecer confinada a um único espaço-tempo disciplinar durante a Graduação, mas ser um conhecimento, conteúdo, prática, preocupação ou discussão que atravessa várias – senão todas – as disciplinas, para o estabelecimento do que Rey (2002) chama de competência transversal.

Ainda sobre a transversalidade no ensino da ética, Gerber e Zagonel (2013) partem do princípio de que o objetivo é o desenvolvimento moral do aluno, onde uma única disciplina não consegue oferecer todos os recursos necessários ao atingimento de tal meta, uma vez que se trata de um processo de longo prazo, complexo e abrangente. Sugerindo a abordagem transversal, em que diversas áreas curriculares planejem e desenvolvam atividades voltadas à educação moral, as autoras avaliam o potencial da ética como eixo transversal na formação em saúde

³⁴ Termo consagrado da sociologia, por Pierre Bourdieu, *habitus* refere-se a condicionantes prévias muitas vezes despercebidas por aqueles que as possuem e que a escola não transmite de forma explícita, apesar de serem exigidas pelas práticas escolares e de se encontrarem desigualmente distribuídas de acordo com a origem social. A pedagogia chama de competência transversal aquilo que os sociólogos chamam de *habitus*. (REY, 2002, p. 18; 55; 58).

no momento da crise do paradigma biomédico e na reestruturação curricular dos cursos de saúde. Segundo as autoras,

É importante investir na transdisciplinaridade das disciplinas do curso com o objetivo de colocar a serviço da sociedade profissionais que visem aprimorar, além de aptidões teórico-técnicas, o desenvolvimento de habilidades sociais e pessoais, incentivando a avaliação e o exercício da autocritica permanentemente no processo natural das atividades de todas as disciplinas básicas e profissionais. (p. 171).

4.9 QUEM FORMARÁ AS COMPETÊNCIAS ÉTICAS? – O COMPROMETIMENTO DOCENTE

Se o currículo oculto, como citado no capítulo anterior, permeia toda a atividade de uma instituição que deverá permanecer coesa e atenta às mensagens que veicula através de sua estrutura comunicacional, física e de pessoal, é com o professor que o graduando diretamente poderá discutir tais informações e é principalmente nele que encontrará espelho para o aprendizado e desenvolvimento de seu papel profissional. É tarefa fundamental ao docente colocar-se em modo de atenção permanente às mensagens veiculadas pelo currículo paralelo ao ensino formal, explicitá-las, questioná-las e discuti-las com os alunos. Assim, ao desenvolvimento de competências éticas que, precedendo a Graduação, atravessam-na e estabelecem-se e aprimorem-se ao longo da vida profissional do egresso, equivalem competências presentes ou a desenvolver nos professores.

Figueiredo (2011), estuda o perfil profissional dos professores de bioética no Pós-Graduação das áreas da saúde e interroga sobre as competências docentes ao ensino da bioética, bem como sobre a formação requerida aos professores, sobre que experiência acadêmica eles devem possuir para lecionar em uma disciplina tão abrangente e complexa e se está justificado o estabelecimento de um perfil específico para o professor de bioética. O autor propõe tanto a capacidade dialógica, como a ausência de preconceitos e a não imposição de convicções pessoais como características indispensáveis, considerando que a bioética tem, como método, a reflexão ético-filosófica, aplicada a uma prática que deve ser sempre contextualizada. Entende que a discussão deve abranger diferentes realidades e

lógicas distintas, afirmando que o professor, ao se situar no campo da transdisciplinaridade, não poderá tentar reduzir a realidade a um único nível, regido por uma única lógica.

[...] os estudiosos que decidirem se dedicar à Bioética devem aprender desde as primeiras lições sobre sua característica multidisciplinar. Essa afirmação denota que não basta apenas possuir conhecimentos das mais diversas áreas do saber, nem tampouco possuir o dom da retórica ou pertencer apenas a uma formação universitária. Mais que ter o domínio teórico, prático e da eloquência, é preciso ter capacidade para promover a interligação entre os saberes e ir além daquilo que já se conhece, pois esse encontro constitui a base indispensável para a discussão, em profundidade, de um mesmo objeto de estudo por várias áreas do conhecimento. (p.167-168).

A necessidade de capacitação docente para o ensino não somente da bioética, como disciplina que integra um currículo, mas da ética em seu mais abrangente aspecto, determina as características esperadas de um professor, que variam entre a imprescindibilidade de uma formação eclética, multidisciplinar e longa vivência acadêmica, à capacitação didático-pedagógica com formação em ética e humanismo, domínio do conteúdo, passando por qualidades como o estabelecimento de um bom relacionamento professor-aluno, possibilidade de crítica e autoavaliação, sentimento de satisfação ao ensinar, responsabilidade profissional e atenção à pesquisa e à cultura geral.

Enfatizando a necessidade do investimento da educação médica em ética e bioética durante todo o transcorrer da formação universitária e na residência, Guedert e Grosseman (2011) alertam sobre a importância da capacitação dos professores e entendem serem necessárias estratégias para estender o processo de qualificação ao desenvolvimento docente. Uma vez que a integração da formação ética na universidade requer mudanças culturais, aponta também para o desenvolvimento de ações educativas com a abordagem desses temas de forma pontual na organização de eventos acadêmicos.

4.10 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

Este capítulo discutiu as teorias referentes ao desenvolvimento moral na idade adulta, destacando os estudos de Lawrence Kohlberg, Carol Gilligan e as respectivas críticas a esses modelos. Através dos estudos do Grupo de Minnesota, foi abordada a validade e a necessidade de manter o desenvolvimento e aprimoramento moral durante os anos da Graduação. Posicionando-se contrários à separação de emoção e cognição no concernente à moralidade, estes autores apontam para a necessidade do desenvolvimento consistente e concomitante da sensibilidade, juízo, motivação e caráter moral, em fases sequenciais e superponíveis.

Ao abordar as questões referentes à sensibilidade profissional distintiva, ressaltou-se a importância da manutenção de uma ética profissional que garanta a estabilidade de conceitos e o necessário suporte moral frente às mudanças sociais que vulnerabilizam a ética pautada pelo senso comum.

Para gerenciar a expansão de conhecimentos disciplinares e o surgimento de novas disciplinas, defendeu-se a ética como uma instância capaz de relacionar-se de modo transdisciplinar, e a consequente necessidade do desenvolvimento de competências éticas que sejam transversais às disciplinas, tanto no corpo docente como no discente das instituições.

O próximo capítulo procurará responder à questão metodológica, ao *como* ensinar ética e formar, assim, as competências desejáveis

5 FORMAÇÃO ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE: PARA ALÉM DA DESCRIÇÃO DO CONTEXTO

La descripción de lo que hay no cierra la cuestión

de lo que puede hacerse;

la descripción de una situación no dice nunca la última palabra

acerca de nuestras posibilidades de actuación en ella.

Augusto Hortal Alonso³⁵

As reflexões e estudos expostos até aqui abordaram questões referentes a dificuldades. Os capítulos anteriores trataram de evidenciar a falta de diretrizes curriculares nacionais claras no tocante ao ensino da ética, das insuficiências e das confusões conceituais a que foi submetido o pensamento acadêmico sobre o ensino da ética em saúde; eliciaram a existência do currículo oculto e da corrosão ética a que estão sujeitos os alunos dos Cursos de Graduação em saúde e questionaram a existência na atualidade de um *ethos* do trabalho que justifique o investimento na formação de uma ética profissional que não seja conformadora e instrumentalizante. O contexto, posto desta forma, parece levar a crer que não há saída, ou que o ensino da ética tornou-se inexequível. Porém, como afirma Hortal Alonso (1994), o contexto é somente o pano de fundo social e acadêmico sobre o qual tentamos escrever nosso texto ético. Não se trata, então, de acomodarmo-nos à descrição do problema, tampouco de adaptar-nos a ele ou fugir dele, senão que investigar modos que viabilizem o desenvolvimento ou o aprimoramento das competências éticas desejáveis aos profissionais egressos dos cursos de formação em saúde. Considerando ser a ética algo inseparável da prática educativa e absolutamente indispensável à convivência humana, uma vez que o ato de educar é sempre um ato ético, e não há como fugir de decisões éticas, desde a escolha de conteúdos até o método a ser utilizado ou a forma de relacionamento com os alunos (FREIRE, 1998), a pergunta que se deve fazer, então, logo após discutir o que são competências e quais são as competências desejáveis aos profissionais de saúde é a respeito de

³⁵ O autor é professor da Faculdade de Filosofia e Letras da Universidade Pontifícia Comillas de Madrid, Espanha. (ALONSO, 1994).

como poderemos providenciar as oportunidades para que os estudantes possam desenvolver a sensibilidade e habilidades éticas para tal exercício, vinculando os aspectos técnicos aos ético-humanísticos?

5.1 METODOLOGIAS ATIVAS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ÉTICAS NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Diante da contínua e veloz geração de novos conhecimentos em saúde e da transitoriedade das verdades do saber-fazer da ciência; das alterações profundas dos meios de comunicação contemporâneos, que promovem não somente um embotamento da possibilidade de reflexão sobre a vida, como uma mudança na práxis profissional; das anteriormente citadas mudanças no espaço-tempo de trabalho e laços sociais que se sucederam à revolução industrial; da necessidade de fortalecer a coesão entre teoria e práticas transdisciplinares, é imprescindível pensar na demanda pelo desenvolvimento de profissionais que façam frente a estes renovados aspectos do conhecimento e priorizem uma abordagem integral do homem, ampliando o conceito de cuidado em saúde. Estes aspectos do contexto social, profissional e científico demandam por metodologias de ensino aprendizagem que se diferenciem da tradição do ensino médico, - caracterizado pela relação professor-aluno onde a educação está focada no professor e na transferência de conteúdos, em que o educando é o receptáculo passivo do processo - que confrontem a fragmentação de saberes e façam a transição da repetição de conhecimentos à participação em sua geração. Para Venturelli, (2000), o crescimento exponencial do conhecimento científico da Medicina não permite que o sistema educacional possa seguir acreditando que a resposta a essa realidade seja aumentar ao infinito o número de disciplinas, sem que isso represente um decréscimo de qualidade. O autor propõe, de forma esquemática, uma comparação entre a educação tradicional e as novas propostas de estratégias de ensino, aqui denominadas metodologias ativas, como contraposição às metodologias passivas de ensino aprendizagem.

TABELA 2: As principais diferenças entre a pedagogia tradicional e a inovadora

ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS	
Avaliação formativa contínua	Avaliação fora de contexto
Recursos educacionais múltiplos e relevantes	Expositiva e repetitiva
Autoaprendizagem	Programas previamente estabelecidos
Analítica, criativa	Usa oportunidades existentes
Utiliza disciplinas eletivas	Não utiliza disciplinas eletivas
Integra conceitos transferíveis, destrezas, qualidades	Sequencial, desintegrada, impositiva
Baseada em necessidades prioritárias de saúde e atenção primária	Centrada no hospital e na doença, não estabelece prioridades

Fonte: Comparação resumida da educação centrada no docente (tradicional) e centrada no estudante. Adaptado de Venturelli (2000. p.9).

A fim de possibilitar a discussão e o aprimoramento da sensibilidade ética nos alunos, devem ser questionadas as práticas pedagógicas fragmentadoras e que o tornam um pouco autônomo receptáculo passivo de conhecimentos fornecidos pelo professor. O desenvolvimento da ética deve visar o desenvolvimento da autonomia individual em íntima coalisão com o coletivo. Para Mitre e colaboradores (2008), a educação deve ser capaz de promover uma visão do todo, em seus aspectos de interdependência e transdisciplinaridade, através de práticas pedagógicas éticas, críticas reflexivas e transformadoras em um ensino que se estenda para além do treinamento puramente técnico, para estabelecer a dialética da ação-educação-ação. Estes autores abordam, também, as condições para a construção da aprendizagem significativa: a existência de um conteúdo potencialmente significativo

e a adoção de uma atitude favorável para a aprendizagem, através de um processo de continuidade/ruptura, onde cada conteúdo novo apoia-se em estruturas cognitivas já existentes (continuidade) e os novos desafios representam o processo de ruptura, análise a partir de conceitos anteriores, e nova síntese. (COLL, 2000. *apud* MITRE *et al.*, 2008).

5.1.1 A Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas

O desenvolvimento da sensibilidade ética é tarefa que envolve coerência, continuidade, coesão entre o currículo formal e o oculto, formação de corpo docente comprometido com o modelo a ser transmitido, e consciente do espelhamento a que estará sujeito, por parte dos seus graduandos. Dois métodos que pretendem compor relevantes pedagogias de ensino com vistas à formação ética têm sido propostos e, embora utilizados muitas vezes como sinônimos, a Metodologia da Problematização e a proposta curricular da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)³⁶ possuem similaridades que dizem respeito à proposta que se contrapõe ao ensino tradicional e na abordagem “por problemas”, mas também diferenças estruturais, metodológicas e pedagógicas importantes (BERBEL, 1998). A inobservância de tais diferenças é apontada por Bound e Feletti (1997, p.5) como uma das razões para a falha na observação dos desfechos esperados em ABP³⁷. Os itens seguintes procurarão abordar as similaridades e diferenças entre os métodos, a fim de defender a Aprendizagem Baseada em Problemas como a abordagem metodológica mais adequada para viabilizar o ensino das competências éticas.

5.1.1.1 A Problematização

Tendo por objetivo “a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão” (BERBEL, 1998, p.145),

³⁶ PBL é a sigla, em inglês, para Problem Based Learn.

³⁷ Outras razões apontadas referem-se à adoção do método sem o suficiente comprometimento de todos os níveis do staff; utilizar problemas para os quais exista carência de pesquisas; investimento insuficiente na concepção, preparação e renovação permanente de recursos de aprendizagem; utilização de métodos de avaliação inadequados, que não coincidem com os resultados de aprendizagem previstos em programas baseados em problemas e adoção de estratégias de educação que não incidem sobre as questões-chave de aprendizagem.

a problematização é um método de ensino orientado pelo professor e utilizado para a abordagem de determinados temas de algumas disciplinas e problemas curriculares, especialmente aqueles de ordem social. Teoricamente, está embasado pelo Método do Arco, descrito por Charlez Maguerez, que consiste no desenvolvimento de cinco etapas, a partir da realidade ou um recorte da realidade: Observação da Realidade; Pontos-Chave; Teorização; Hipóteses de Solução e Aplicação à Realidade (prática) (BERBEL, 1998, p. 141-2). A autora, que refere o uso desta metodologia em alguns cursos de Enfermagem e gestão e em experiências brasileiras de mais de duas décadas, defende que tal metodologia seja utilizada como alternativa metodológica sempre que for adequado (que os temas tratem da vida em sociedade – p.141) em todo o Ensino Superior.

Defendendo a Problematização para promover uma aprendizagem significativa no âmbito da ética, uma vez que seria ineficaz desenvolvê-la do modo tradicional, Serodio (2009), Finkler (2011) e Gerber e Zagonel (2013) apontam para a necessidade de abertura de espaços formais para discussão dentro de cada disciplina ou módulo de ensino, e sustentam o uso desta metodologia, aplicada a grupos pequenos

A compreensão de que o conhecimento se concretiza por meio das representações mentais que o sujeito estabelece, a partir de sua relação com o objeto e deste com os outros objetos, nos leva a afirmar que a problematização, enquanto categoria de construção de conhecimento, é uma alternativa viável para o ensino da ética e da bioética. A problematização pressupõe experimentação, trabalho em grupo e pesquisa como elementos de provocação, de desafio, de significação para diversas atividades pedagógicas.(GERBER; ZAGONEL, 2013, p. 171).

5.1.1.2 A Aprendizagem Baseada em Problemas

Em contrapartida à utilização da Problematização em algumas disciplinas e como estratégia alternativa, a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) representa uma metodologia que atravessa toda a organização curricular. Dentro desta perspectiva, segundo Berbel (1998), as duas propostas assumem dimensões distintas, porque a primeira é uma opção do professor, enquanto a segunda é uma opção de todo um corpo docente, administrativo e acadêmico, já que as consequências da adoção desta pedagogia afeta a todos, durante todo o curso. Uma vez que a formação é tarefa de toda a instituição, e não apenas disciplinar, é

adequado supor que tal posição de envolvimento global institucional prevista pela metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas possivelmente facilite o reconhecimento e manejo de um currículo oculto indesejado aos princípios da formação ética desejada aos alunos.

Pautada pela teoria do conhecimento de John Dewey, filósofo americano do final do século XIX e início do século XX, nesta proposta educativa a aprendizagem parte de problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais, valorizando experiências concretas, com forte motivação prática e estímulo cognitivo para provocar a realização de escolhas e soluções criativas. (CAMBI, 1999; PENAFORTE, 2001). Esta proposta pedagógica vem sendo utilizada com sucesso por mais de 30 anos e inspira-se em exemplos de experiências realizadas no Canadá e na Holanda principalmente, e, também por recomendação das Sociedades das Escolas Médicas para países da África, Ásia e América Latina, várias escolas de Medicina no Brasil vêm buscando adotar a Aprendizagem Baseada em Problemas em seus currículos (BERBEL, 1998; SAVERY, 2006). Inscrita em uma perspectiva construtivista e relacionada, especialmente, aos referenciais da teoria piagetiana de equilíbrio e desequilíbrio cognitivo, a qual considera que o conhecimento deve ser produzido a partir da intersecção entre sujeito e mundo (MITRE *et al.*, 2008, p. 2140), é uma metodologia centrada no aluno, que visa desenvolver ferramentas específicas, incluindo a habilidade de pensar criticamente, analisar e resolver problemas reais complexos e encontrar, avaliar e utilizar recursos apropriados ao aprendido, trabalhar cooperativamente em pequenos grupos, desenvolver a versatilidade e a capacidade de comunicação verbal e escrita efetivas e utilizar o conhecimento e aptidões intelectuais para aprender continuamente (DUCH *et al.*, 2001, p. 6). Tais objetivos e habilidades são absolutamente coincidentes com a necessidade de desenvolvimento e aptidões éticas nos graduandos. Outros objetivos mais operacionais são apontados por Savery (2015) e incluem a capacitação na condução de pesquisas, na integração da teoria e da prática e na aplicação dos conhecimentos e ferramentas para desenvolver soluções viáveis a um problema definido (SAVERY, 2006). Embora vários estudos conduzidos para comparar a ABP e os métodos de ensino tradicionais encontrem dificuldades em apontar diferenças significativas nos resultados em testes de conhecimento, há evidências de que os estudantes treinados com PBL desenvolvam mais ferramentas na solução de

problemas e que sejam mais engajados no estudo dos conteúdos propostos ³⁸. Aparentemente desvalorizando a existência de diferenças fundamentais e de caráter estrutural importante entre a Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas, Rego aborda ambos os métodos como as melhores estratégias para o ensino da ética e da bioética nos Cursos de Graduação médica, para incluir significativamente a discussão de casos que estejam relacionados ao cotidiano do estudante e dentro de sua capacidade de decisão efetiva. O autor defende a utilização da discussão em pequenos grupos, na medida em que possibilita aos estudantes a participação ativa nas aulas e troca intensa de opiniões entre seus pares, da mesma maneira que se encontra nos métodos de ensino baseados na Problematização ou na Aprendizagem Baseada em Problemas. Neste contexto, afirma que mesas redondas sobre problemas éticos podem oferecer maior benefício, evitando a discussão abstrata e teórica, pois os membros do grupo terão experiências úteis e significativas, podendo apontar o caminho para a identificação e resolução de questões éticas na prática. (REGO *In*: PALÁCIOS; MARTINS; PEGORARO, 2001).

Os principais aspectos da ABP são assim resumidos por Mitre e cols (2008): aprendizagem significativa; indissociabilidade entre teoria e prática; respeito à autonomia do estudante; trabalho em pequeno grupo; educação permanente e avaliação formativa. Savery (2006) aponta dez aspectos que podem explicitar as vantagens da metodologia PBL no ensino.

- 1) O ambiente de aprendizagem de ABP pode estimular os alunos a aprender melhor, e é mais humanista.
- 2) A aprendizagem dos alunos e o ensino dos professores torna-se mais agradável.
- 3) Há uma melhor interação entre os alunos e os professores.
- 4) O aprendizado dos conteúdos pode ser aprofundado e não permanece somente no nível superficial de aprendizagem.

³⁸ Metanálise de estudos de avaliação de 20 anos de PBL foi conduzida por Albanese e Mitchell (1993) e também por Vernon e Blake (1993). Concluíram que, nos teste convencionais de conhecimento, os alunos treinados através de PBL e dos métodos tradicionais obtiveram resultados iguais. Porém, aqueles estudantes que foram expostos ao PBL exibiram melhores ferramentas clínicas para a solução de problemas. Um pequeno estudo sobre fisioterapeutas que utilizaram PBL conduzido por Denton, ADAMS; BLATT; LORISH, 2000) demonstrou também igualdade de resultados nos exames, mas evidenciou preferência dos estudantes pelo método PBL. Outros registros sugerem que os estudantes são mais engajados no aprendizado do conteúdo esperado (TORP; SAGE, 2002). Para Maudsley (1999) a disseminada adoção do método PBL para diferentes disciplinas, em diferentes faixas etárias e domínios gerou algumas aplicações e concepções equivocadas de PBL (MAUDSLEY, 1999).

- 5) A auto-orientação desenvolve nos alunos ferramentas que promovem o encorajamento, a consolidação e persistência.
- 6) As trocas entre as diferentes disciplinas aumentam.
- 7) A cooperação entre os alunos aumenta.
- 8) Os esforços que são feitos pelos alunos podem ser vistos imediatamente, e, conseqüentemente, estimulam-nos a se tornarem mais ativos para aprender.
- 9) PBL pode conduzir os alunos a investir mais tempo no comportamento de aprendizagem sob a auto-orientação e obter vantagens das melhores fontes de informação.
- 10) Os professores e os alunos têm mais contato e obtêm uma compreensão mais profunda do outro lado, e, portanto, PBL é condutora para o estabelecimento da boa relação entre professores e os alunos. (SAVERY, 2015, p.15).

Estes aspectos listados acima, por auxiliarem no desenvolvimento de ferramentas e habilidades de interação pessoal e comunicação, e de autonomia na condução dos próprios processos de tomada de decisões e solução de problemas reais ou propostos através do uso de simuladores³⁹, podem ser valiosos na identificação e condução de problemas éticos e proporcionar suporte às decisões necessárias durante o aprendizado clínico. A aprendizagem parece ser facilitada, quando o foco do processo é centrado no aluno e o docente migra do papel que ocupa no ensino tradicional, de chamar, para si, a tarefa de seleção e apresentação de conteúdos. Mitre e cols (2008) escrevem sobre as diferenças do papel do docente - que, na ABP é designado como tutor, “aquele que defende, ampara, protege” e atua como facilitador do processo ensino aprendizagem (p. 2137) daquelas do professor do ensino tradicional, que chama para si a tarefa de busca e apresentação de conteúdos. O tutor, na ABP, deverá possuir “disposição para respeitar, escutar com empatia e acreditar na capacidade potencial do discente para se desenvolver e aprender, permitindo-lhe um ambiente de liberdade e apoio” (p. 2137-8). Tal empatia em relação ao aluno poderá representar um exemplo a ser seguido e a sugestão acerca do lugar de sensibilidade ética onde se pretende chegar ao longo do aprendizado e da vida profissional. Os autores vinculam o tutor à figura do educador-formador, ao permitir uma prática educacional viva, alegre, afetiva, extremosa, como todo o rigor científico e domínio técnico necessários, mas sempre

³⁹ O uso de simuladores virtuais ou físicos é uma importante ferramenta não somente no treinamento de habilidades motoras e técnicas, mas na apresentação de problemas de forma lógica e de complexidade crescente aos alunos. O uso de simuladores será abordado em texto específico adiante.

em busca da transformação. E não é de (trans)formação de sensibilidade moral que se fala, ao abordar o ensino da ética em saúde?

Entretanto, a transição da pedagogia docente tradicional para uma metodologia centrada no aprendiz requer a identificação e a capacitação de tutores dentro deste novo aspecto. Grant e Hill (2006, p. 4) identificaram cinco fatores que influenciam a adoção e uso de aprendizagem baseada em problemas, incluindo a dos professores: 1) o reconhecimento e aceitação de novos papéis e responsabilidades; 2) conforto no novo ambiente (físico); 3) tolerância para a ambiguidade e flexibilidade na gestão do novo ambiente de aprendizagem; 4) a confiança na integração de ferramentas e recursos adequados, incluindo tecnologia; e 5) a integração de novas pedagogias com realidades além da sala de aula, incluindo a capacidade de equilibrar as necessidades específicas individuais dos alunos, ensinando colegas e administradores, entre outros. Ertmer e Simons (2006, p. 42) abordam também os desafios da implementação da ABP, como a criação de uma cultura de colaboração e interdependência, o ajustamento à mudança de papéis, e a aprendizagem e desempenho dos alunos através do que eles chamam da construção de andaimes (*scaffolds*).

A despeito de algumas críticas referirem-se à questão da importação da tecnologia de ensino de outros países sem atentar às limitações socioculturais, políticas, ideológicas e econômicas locais, e sem a reflexão crítica que vise problematizar a organização do currículo no contexto da sociedade contemporânea (BRIANI, 2001), no Brasil, algumas instituições têm apostado na ABP para formar profissionais na perspectiva de aprender a aprender⁴⁰. Entre os autores brasileiros que citaram a ABP como um método adequado de ensino da ética, destacamos Mendonça, Villar e Tsuji (2009), que defendem, no método, as possibilidades de desenvolvimento da habilidade de gerenciar o próprio aprendizado, integrar conhecimentos e explorar novas áreas. Por direcionar o processo de ensino aprendizagem para o desenvolvimento da capacidade de construção ativa de seu

⁴⁰ Como exemplo, a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), que buscou romper a dicotomia entre os ciclos básico e clínico através do programa de ensino/aprendizagem centrado no estudante, baseado em problemas e orientado à comunidade; na Faculdade de Medicina do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Londrina (UEL), a mudança não se referiu ao método de ensino-aprendizado, mas a uma mudança de filosofia educacional que incluiu a integração de disciplinas de forma vertical e horizontal e a avaliação do estudante, não apenas somativa, mas também formativa. A Escola de Saúde Pública do Ceará, no início dos anos 1990, iniciou um trabalho com a ABP na perspectiva de formar profissionais curiosos e impregnados pela ideia de compreender a necessidade do aprendizado contínuo (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004).

conhecimento, os autores pressupõem que a ABP forneceria ambiente adequado para associar conteúdo e experiência, possibilitando a aquisição do conhecimento num contexto prático. Aplicando ao conteúdo do ensino da ética, apontam para o reconhecimento das situações eticamente conflituosas para a aplicação do conhecimento.

A adoção da metodologia da ABP pressupõe, além da adesão institucional como um todo (ao contrário da Problematização, que é uma escolha de cada docente ou departamento de ensino), a escolha de conteúdos a serem trabalhados de modo integrado, a definição de modos de agir para ensinar, aprender, administrar, apoiar, organizar materiais, na adequação da estrutura física, na disponibilização de horários e organização de laboratórios para as atividades opcionais, na distribuição de temas por cargas horárias, etc.⁴¹. (BERBEL, 1998). Esta característica de envolvimento institucional da ABP, bem como as possibilidades de integração e gestão do aprendizado que o método proporciona, poderá – além de viabilizar uma identificação e manejo do currículo oculto institucional - oferecer um modelo confiável de desenvolvimento da sensibilidade e da competência ética, viabilizando a necessária transversalidade no ensino da ética e da bioética.

5.1.2 Simulação como Estratégia de Ensino

As definições das DCN a respeito do perfil esperado dos egressos das graduações em saúde, a necessária transversalidade dos saberes, a criação de uma estrutura curricular que perpassasse as disciplinas e que seja orientada para a competência e a aprendizagem centrada no aluno e na resolução de problemas são metas e estratégias bem definidas para a formação de profissionais. Entretanto, não existe uma ênfase sobre o modo como se poderá promover esse desenvolvimento, uma indicação que se relacione às tecnologias empregadas para este fim e que passe pela discussão acerca de metodologias que visem um aprendizado pautado pela ética. Um dos grandes desafios do uso dos métodos ativos de aprendizagem é a maneira de apresentar os problemas aos alunos, de forma que possam trabalhar e estudar os conteúdos em qualquer hora e qualquer lugar. A simulação, cuja origem,

⁴¹ Uma orientação do método é de que cada tema/problema abordado não ocupe, idealmente, mais do que 16 horas de trabalho do grupo.

enquanto técnica de ensino remonta ao final do século XVII, com o uso de manequins obstétricos para a instrução de parteiras na França (BUCK, 1991), pode ser uma resposta possível ao objetivo de aperfeiçoar uma ação, um procedimento ou uma conversação sem expor nenhuma das partes a risco.

Flores, Bez e Bruno (2014) defendem que o uso de simulações anatômicas e fisiológicas para prever os resultados de procedimentos e, assim, acompanhar os resultados de tratamentos a pacientes virtuais, permite novas abordagens no ensino e práticas médicas. A simulação de casos reais como estratégia de desenvolvimento de conteúdos, pode ser feita através do desenvolvimento de casos clínicos pelo grupo de professores, contemplando as diferentes disciplinas do currículo, e apresentando aos alunos em um ambiente digital. Apontam algumas dificuldades na criação destes casos, como a complexidade no uso de simuladores; o desconhecimento de ferramentas tecnológicas para a criação das simulações; o grande número de simulações a serem criadas para contemplar todos os conteúdos; as diferentes interfaces tecnológicas para cada caso de estudo; o desenvolvimento de ambientes amigáveis aos alunos e o acompanhamento do aprendizado-evolução dos alunos com o uso das simulações. Os autores, que descrevem uma experiência de desenvolvimento de estudo de caso de nefrologia através de simulação na UFCSPA, avaliam positivamente a tecnologia. Entre as vantagens do uso dos diversos recursos em utilização e em desenvolvimento dos simuladores, citam a possibilidade da objetividade da avaliação do desempenho do aluno e o uso potencial de tal estratégia em programas de educação à distância.

O interesse pela simulação como metodologia de ensino na área da saúde e seu potencial para contornar importantes questões éticas relacionadas ao ensino em serviço tem crescido nos últimos anos, embora o conceito e a aplicabilidade da aplicação desta estratégia de ensino ainda estejam em processo de maturação. Representando um importante aspecto do aprendizado médico, o ensino em serviço é tradicionalmente realizado por meio do contato supervisionado com pacientes em situações clínicas, estando sujeito a uma série de exigências éticas e limitações técnicas e apresentando limitações importantes, como a dificuldade de repetição e a segurança do paciente (QUILICI; ABRÃO; TIMERMAN, 2010). Os autores defendem a simulação como estratégia que traz diversas vantagens, uma vez que cria um ambiente seguro para a prática de habilidades médicas pela primeira vez,

eliminando o risco de ferir o paciente. Os simuladores, que propiciam o treino de situações reais antes que a prática se realize, diminuem a exposição dos pacientes aos erros ocasionados pela falta de treino. Outra grande virtude, segundo os autores, é a possibilidade de trabalhar simultaneamente habilidades cognitivas e psicomotoras e também aspectos afetivos, tais como a ética e a postura profissional, a comunicação e a relação médico-paciente, suscitadas pelos casos e estimuladas pelos tutores. A observação atenta do docente sobre o desenvolvimento das atividades pelos alunos permitirá identificar, no processo de simulação, oportunidades para incluir a discussão ética a respeito de possíveis situações conflituosas na relação do aluno com o paciente e com seus próprios sentimentos. Para isso, os autores ressaltam a importância do preparo adequado dos docentes e a importância de deslocar-se o foco da tecnologia para o treinamento e capacitação dos profissionais envolvidos. Segundo os autores, a simulação pode contribuir como valiosa estratégia para melhorar a formação dos futuros médicos, aumentando a segurança para pacientes e profissionais.

Há, nas situações descritas nos parágrafos anteriores, um questionamento passível de ser realizado: como seria possível trabalhar as questões éticas que perpassam a relação profissional-paciente e àquelas relacionadas à empatia, quando os alunos encontram-se diante do virtual distanciamento proposto pelo monitor de um computador (simulações fisiológicas ou de casos clínicos), ou por um vidro espelhado por um dos lados, ou ainda um manequim de látex? A resposta parece ter duas vias:

1) A primeira, fundamentalmente ética, e mais simples, dá-se ao manter explícita, permanentemente, a consideração kantiana que deve permear todo o ato em saúde, onde a autonomia do paciente seja respeitada, em uma situação em que ele não seja utilizado como meio para o aprendizado, e no qual a promoção de sua saúde represente a finalidade última e única da relação profissional-paciente;

2) A segunda pergunta, sobre a discussão da relação médico-paciente e o desenvolvimento da empatia, é respondida através da tese recentemente apresentada por Schweller (2014). O autor, que aborda a empatia como a possibilidade de enxergar-se no outro, defende a simulação como uma estratégia que permite aos participantes a oportunidade de tomar decisões em um ambiente controlado, seguro e, mesmo assim, semelhante ao original. Considerando a

empatia uma habilidade passível de ser ensinada (e aprendida), o autor propõe a simulação de consultas com atores no lugar de pacientes, para estudantes do quarto e do sexto ano médicos, seguidas de *debriefing*⁴² baseado nos sentimentos do paciente e do estudante, com duração estendida. O resultado da intervenção foi um aumento significativo da empatia medida pela Escala Jefferson de Empatia Médica após a atividade, resultado próximo dos melhores resultados disponíveis na literatura. (p. 108).

Nesse sentido, a participação de atores profissionais trouxe à simulação de consultas um nível alto de realismo, verificado pelo envolvimento dos estudantes durante os atendimentos. Além disso, trabalhar com profissionais em sintonia com o caráter formativo da atividade aumenta a segurança de que os objetivos serão atingidos sem a interferência de eventuais julgamentos pessoais direcionados aos estudantes em função de suas atitudes e opiniões. (p. 111).

Discutindo a questão ética eliciada pela utilização de animais e de pessoas recém-falecidas no treinamento médico, Gomes e colaboradores (2010) defendem a necessidade de reconhecimento da disponibilidade de recursos tecnológicos - os simuladores médicos - capazes de substituir os modelos humanos e animais neste aprendizado inicial, introduzidos no treinamento de habilidades clínicas desde os anos 60. Os autores defendem a eficiência do ensino e aprendizagem da maioria dos procedimentos essenciais à prática médica utilizando simuladores, cuja incorporação deve fazer parte do treinamento habitual nos currículos de formação para a Graduação médica. Ainda assim, tecem algumas reflexões sobre a moralidade desta prática, uma vez que – mesmo com um treinamento prévio em manequins, sempre haverá uma primeira vez em um humano real. Também a questão da supervisão docente é vista como especialmente problemática pelos autores, que citam resoluções do Conselho Federal de Medicina tratando da necessidade de supervisão permanente dos procedimentos realizados por estudantes de Medicina no trato com os doentes, e que determinam que a responsabilidade pelo ato médico praticado pelo interno em Medicina cabe exclusivamente ao médico preceptor. Aqui, é necessário repensar as questões do currículo paralelo no ensino e na sensibilização ética e lembrar que o emprego de

⁴² Debriefing: Termo sem tradução para a língua portuguesa, entendido como uma das formas de feedback em simulação clínica, quando costuma ser feito logo após a experiência prática. É considerado de grande importância, por trazer à tona dilemas clínicos e situações de dúvida geradas pela experiência de simulação. (SCHWELLER, 2014, p. 39).

corpos de pessoas recém-falecidas para o treinamento de procedimentos invasivos é prática muito frequente nos relatos dos estudantes sobre o comportamento de seus colegas e pouco admitida como prática pessoal (GOMES *et al.*, 2010, p.13).

5.1.3 A Escrita Narrativa e o Portfólio Reflexivo

Visando oferecer meios para a ampliação da empatia e da ética profissional através da reflexão sobre o mundo profissional, Charon (2001), propõe a construção das habilidades da narrativa, um conhecimento útil não apenas para a Medicina, mas também para a Enfermagem, a filosofia, a história e a antropologia, entre outros. Para a autora, para quem a prática narrativa em saúde é um instrumento adequado para expressar e compreender a dor e o sofrimento, além de desenvolver um ideal de cuidado, fornecendo os meios conceituais e práticos para lutar por esse ideal. A adoção de tal modelo permite, ainda, o acesso a um grande corpo de teoria e prática, conformado por campos como Medicina biopsicossocial e Medicina centrada no paciente para olhar globalmente ao paciente e à doença. A escrita narrativa fornece os meios cognitivos, simbólicos e afetivos para entender as conexões pessoais entre paciente e médico, o significado da prática médica para cada médico, os discursos coletivos da profissão e de seus ideais com a sociedade a que serve. Contrapondo-se ao conhecimento lógico científico, através do qual um observador imparcial e substituível gera e compreende avisos replicáveis e generalizáveis, o conhecimento obtido através da narrativa leva a entendimentos locais e particulares sobre uma situação, um participante ou um observador. Além dessa possibilidade, que diz respeito à particularidade de cada trajetória e aos significados possíveis atribuídos às experiências de cada estudante, Duncan (2007) percebe, na escrita narrativa a possibilidade de avaliar sistematicamente as situações, envolvendo a integração da teoria e literatura para o entendimento do ocorrido.

Procurando responder à questão das estratégias a serem utilizadas no desenvolvimento das competências técnicas e ético-políticas necessárias à formação de um profissional de Enfermagem com as características de egresso apontadas pelas DCN, Burgatti e colaboradores (2015) descrevem a metodologia da escrita narrativa a partir da reflexão crítica na e sobre a ação proposta por Donald Schön. Para os autores, que veem no exercício educativo muito mais do que o seu

aspecto de treinamento técnico, somente a reflexão crítica, aliada ao compromisso genuíno com a sociedade, pode ser agente de mudanças socioculturais. Para isso, propõem o desenvolvimento do processo de análise e reflexão para aumentar o entendimento sobre relatos empíricos e teóricos complexos, de modo a responder aos problemas de saúde de forma integral, com os aspectos técnicos, mas também com as crenças e valores próprios do campo profissional.

A escrita reflexiva, realizada através da confecção de Diário de Campo (DC), que deve ter o seu registro de experiência feito tão logo quanto possível, ou do Portfólio Reflexivo (PR), que permite um distanciamento maior, com a experiência já introjetada e assimilada pelo estudante, possui dois requisitos cruciais: um relato claro e objetivo da experiência que está em pauta e a atribuição de sentido ao que está escrito. Em um estudo brasileiro realizado sob a ótica dos docentes de Medicina e Enfermagem de uma IES brasileira que utiliza metodologias ativas de aprendizagem, o PR foi visto como um instrumento inovador, que requer dedicação dos docentes, estimula a reflexão dos alunos e permite o acompanhamento de sua evolução pessoal e profissional (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008). Críticas relacionadas ao uso da técnica dizem respeito à dificuldade de percepção dos estudantes sobre benefícios do uso do método para o desenvolvimento da capacidade reflexiva (SILVA; FRANCISCO, 2009; MARIN *et al.*, 2010) e sobre a exigência de tempo e habilidades de escrita (TANJI; SILVA; DANTAS, 2008), o que pode gerar impactos negativos inicialmente, especialmente sobre estudantes não treinados para tal habilidade, requerendo dedicação dos docentes ao estimular a reflexão dos estudantes, acompanhando seu processo de desenvolvimento.

5.2 A QUESTÃO DA INCLUSÃO DAS HUMANIDADES NO CURRÍCULO

Se o aprimoramento da sensibilidade ética é o objetivo do desenvolvimento de algumas competências transversais no ensino dos graduandos em saúde, a inclusão das humanidades oferece um grande potencial de desenvolvimento profissional e humanístico em saúde, com a possibilidade de provocar mudança do paradigma médico, segundo Teixeira Nunes Silva e colaboradores (2009). Tal prática, para os autores, está diretamente relacionada ao oferecimento de propostas

educacionais e vivenciais que ampliem o entendimento dos aspectos éticos, filosóficos, antropológicos, sociológicos e psicológicos da natureza humana, fornecendo ferramentas que permitam diagnosticar e atuar na dinâmica multifatorial e complexa do adoecimento humano. Os pesquisadores sugerem que o estabelecimento de grupos de estudo e disciplinas ligados às áreas das humanidades médicas, que começam a ser constituídos nos ambientes acadêmico-institucionais, auxiliarão na incorporação dos aspectos humanísticos à formação médica.

Embora os conceitos acerca do campo de compreensão das humanidades médicas e de como elas devem ser integradas ao ensino médico sejam diversas, elas compartilham algumas características, de acordo com Shapiro *et al.* (2009, p. 192).

1. Eles usam métodos, conceitos e o conteúdo de uma ou mais disciplinas de humanidades para investigar doença, dor, incapacidade, sofrimento, cura, relações terapêuticas, e outros aspectos da Medicina e da saúde prática assistencial.
2. Eles empregam estes métodos, conceitos e conteúdo no ensino das profissões da saúde para que os alunos possam melhor compreender e refletir criticamente sobre suas profissões com a intenção de tornar-se mais autoconscientes e profissionais mais humanos.
3. Suas atividades são interdisciplinares em teoria e prática e, necessariamente, fomentam a colaboração entre a academia, outros profissionais da saúde e pacientes.

As duas primeiras condições implicam que as ciências humanas possuem uma função moral significativa sobre o ensino médico. Por oferecerem uma perspectiva diferenciada e integrada sobre os aspectos da doença, do sofrimento e da cura, provoca nos profissionais e estudantes a revisão de seus próprios conceitos e comportamentos. Shapiro *et al.* (2009, p. 192-3) citam a ética aristoteliana:

Em termos aristotélicos, as humanidades médicas visam melhorar os cuidados de saúde (*praxis*) influenciando seus praticantes por refinar e complexificar seus julgamentos (*phronesis*)⁴³ em situações clínicas, com base em uma profunda e complexa compreensão (*sophia*) de doença, do sofrimento, da personalidade, e questões relacionadas.

Rego (2015), que estuda a formação ética dos estudantes de Medicina no Brasil, defende o ensino da ética aplicada como disciplina na Graduação, inserida no

ensino das humanidades médicas, apontando para a possibilidade do estabelecimento transversal de seu ensino.

Entretanto, ao fazer essa ponte entre a transversalidade das competências e o ensino das humanidades – defendido por diversos autores e sob os mais variados enfoques e metodologias, é preciso considerar que a inclusão das humanidades no currículo da Graduação dos cursos de saúde encontra também seus críticos. Se, por um lado, os argumentos que defendem o ensino das disciplinas humanísticas relacionam-se ao aumento da sensibilidade ética e da capacidade dialógica de professores e alunos, bem como à formação de profissionais mais reflexivos e compassivos, por outro lado, diversas ideias contrárias à inserção deste ensino na Graduação médica são apontadas através das críticas feitas pelos alunos estudados por Shapiro e Col (2008). Algumas destas críticas dizem respeito a questões sobre a relevância dos conteúdos ditos ‘humanísticos’ para o aprendizado das práticas médicas e a frustração da expectativa de currículo ao ingressar na faculdade de Medicina, onde o esperado pelos alunos é o ensino de conhecimento científico e das técnicas, e não o desenvolvimento de habilidades narrativas ou de leitura de poemas, como exemplificam os autores. Outra questão é a manifestação de preferência pela eletividade de tais disciplinas, de acordo com o interesse de cada um, o que aponta para o papel marginal, periférico, que atribuem ao ensino das humanidades. Uma observação negativa também está centrada sobre os professores e seus métodos: o processo de socialização médico incentiva à dependência de instrutores médicos e à desconfiança acerca de pessoas de fora (não médicos). A objeção dos estudantes apoia-se sobre a falta de experiência em Medicina dos professores não médicos, não podendo, assim, treinar estudantes de Medicina em habilidades clínicas. Outros consideram os exercícios propostos em tais disciplinas como intrusivos e excessivamente íntimos, e avaliam que sua presença na educação médica teve pouco ou nenhum efeito sobre as suas concepções e capacidade de compaixão, altruísmo e respeito pelos pacientes. Esses estudantes, segundo os autores, sentem pressionados pelos cursos de humanidades para, de alguma forma, tornar-se mais humanistas quando, na verdade, eles acreditam que tais qualidades já estão formadas e são imutáveis. Críticas acerca da carga horária dedicada ao estudo das humanidades, à quantidade de leituras, ao momento do curso onde estão inseridas, e a convicção subjacente de que elas não têm lugar na Graduação médica refletem o senso prevalente de que a

educação médica é basicamente mecanicista (o corpo é uma máquina), linear (relações de causa-efeito) e hierárquica (o médico é quem sabe), em uma narrativa dominante acerca da restituição da saúde através da intervenção médica.

Outras considerações que seguem o rumo contrário àquele proposto pela inserção/manutenção das humanidades do currículo médico é estabelecido por Gillis (2008) acerca das disciplinas humanísticas estarem a serviço da manutenção do modelo (de eficiência) médico dominante, e Bishop (2008), que aborda a “compra da legitimidade” proporcionada pela inclusão das humanidades, com um papel de ofertar um contraponto que equilibre o cientificismo médico, sem que se repense verdadeiramente tal modelo. Críticas também partem do estudo de Ousager e Johanssen (2010) ao revisar 225 artigos publicados sobre o tema entre 2000 e 2008, os autores concluíram pela insuficiência de evidências da existência de impactos positivos, em longo prazo, de integração de humanidades no ensino de Graduação em Medicina, o que pode representar uma ameaça para a continuidade do desenvolvimento de atividades relacionadas às ciências humanas, que necessitariam de maiores provas acerca da efetividade de tal medida. A crítica, porém, acerca do trabalho de Ousager e Johanssen, consiste na duração do trabalho, e que a avaliação de uma década oferece apenas desfechos de curto e médio prazo, em uma matéria onde a formação de um clínico efetua-se lentamente. Conforme Charon (2010, p. 935), “a visão de longo prazo da mudança na prática clínica não estará disponível antes de uma década ou mais, conforme a Graduação do estudante torna-o, lentamente, um clínico completo”. O autor postula que, ao invés de demandar a mensuração desses esforços de ensino, os professores das áreas de humanas possam abraçar a exigente tarefa de delinear o modo como as mudanças ocorrem na Medicina, quando ela é enriquecida pelas habilidades como as da competência narrativa e das ciências humanas.

5.2.1 As Disciplinas Humanísticas, a Necessidade Dialógica e as Habilidades de Comunicação

Suportados pelo argumento de que a inserção das humanidades no ensino de Graduação médica melhoraria as habilidades comunicativas fundamentais à compreensão das narrativas dos pacientes e do próprio discurso técnico-científico, em um cenário caracterizado por alto grau de ambiguidade, incerteza e

imprevisibilidade, Dantas, Martins e Militão (2011), justificam a inclusão das disciplinas relativas às humanidades nos currículos dos cursos de Medicina:

As humanidades vêm para encorajar os alunos a identificar, explorar, desenvolver e manter seus valores pessoais, desenvolvendo nos estudantes habilidades na comunicação, incluindo uma percepção mais aguçada das dimensões éticas de suas práticas e condutas terapêuticas (p.70).

Embora a maciça maioria dos estudos sobre a inclusão das humanidades ao currículo de Graduação e a importância do desenvolvimento das habilidades de comunicação estejam focadas no ensino médico, tais características são consideradas para todos os Cursos de Graduação nas áreas da saúde, uma vez pressuposta a questão transdisciplinar e relacional. Assim, Roque e Lima e colaboradores (2011) abordam também o desenvolvimento das habilidades de interação imprescindíveis na relação enfermeiro-paciente através do estabelecimento de estratégias de ensino que possibilitem, aos alunos de Enfermagem, a ampliação ou o desenvolvimento de tais habilidades.

Adicionalmente, no teor do artigo 13 da Carta da Transdisciplinaridade, elaborada no I Congresso Mundial de Transdisciplinaridade (2015) inscreve-se a necessária atitude de abertura ao diálogo e à discussão:

A ética transdisciplinar recusa toda atitude que se negue ao diálogo e à discussão, seja qual for sua origem de ordem ideológica, científica, religiosa, econômica, política ou filosófica. O saber compartilhado deverá conduzir a uma compreensão compartilhada, baseada no respeito absoluto das diferenças entre os seres unidos pela vida comum sobre uma única e mesma Terra.

Sobre a dificuldade em escutar o outro estar vinculada à violência perpetrada pelos meios pedagógicos convencionais, Tutunji (2009) denuncia o excesso de determinações a que a escola e seus atores constitutivos, especialmente professores e alunos, estão sujeitados. Afirma que esses atores tornam-se reféns deste processo, restando-lhes apenas sentimentos de resignação, desconforto, desinteresse e desincumbência. Tutunji (2009) defende uma pedagogia da libertação:

Em todos os casos em que o discurso competente é imposto irrefletidamente, o processo educativo e os meios para alcançá-lo se desarticulam. Nesse ambiente ordenado, mas desarticulado de sua função de educar, emerge um profissional médico a quem foi negada a participação na construção de seu próprio futuro. O que esperar

quando ele precisar, ao exercer sua profissão, democraticamente escutar o outro? (p.473)

5.2.2 A Arte na Educação em Saúde – Um Suporte ao Ensino das Humanidades

empreender, de trabalhar em equipe, de lidar com incertezas e com a dinâmica da realidade. Para os autores, entrelaçar arte e educação significa produzir sentidos de aprendizagem que ultrapassem o mecanicismo da técnica, tão arraigada na formação dos profissionais de saúde. Visa transcender à razão instrumental, em que o automatismo das ideias tende a aprisionar pensamentos de significado próprio.

Insiste-se em abstrações que subvertam a rigidez da ordem, pela expressão do sentimento que se exprime por si e para além do que está posto. “Essa parece ser a principal força motriz das manifestações artísticas, capazes de desencadear processos formativos dialógicos”. (p.561).

Dantas, Martins e Militão (2011) sugerem o cinema como recurso que pode desempenhar funções pedagógica, interpretativa e experimental na educação médica, contribuindo para a reflexão sobre temas bioéticos. Os autores explicitam o padrão cultural predominante na sociedade – uma cultura baseada em imagens, em sentimentos, na chamada “cultura do espetáculo” - e consideram que, neste contexto, o cinema pode ser um instrumento facilitador para a comunicação entre professor e aluno, uma vez que há um aprimoramento na possibilidade de ver, ouvir e experimentar algo não vivenciado na realidade ou algo vivenciado concretamente, mas de forma protegida. Assim, segundo os autores, tanto as narrativas ficcionais quanto as não ficcionais oferecem ao estudante a oportunidade de sair da mera abstração para um retrato recortado do concreto por meio de uma representação artística dos conceitos e temas abordados na teoria. Explicitam o objetivo da promoção do debate através do estímulo à reflexão, que poderá gerar o raciocínio crítico e a autonomia intelectual, ressaltando que a temática abordada através de um filme não esgota nele a discussão, cabendo ao professor aproveitar a ocasião e oferecer oportunidades para que os alunos reflitam acerca de si e do mundo que os cerca:

Outro aspecto importante se relaciona à oportunidade que o cinema cria de estabelecer um diálogo variado, complexo, multidisciplinar, menos formal, fora dos moldes e limitações impostos pela teoria. Esses diálogos geram discussões capazes de externar as experiências pessoais dos alunos, estimulando o debate e propiciando um novo olhar do educando para o objeto de estudo. (p.71).

Introduzida nas escolas médicas dos EUA, em 1972, a utilização da literatura visa auxiliar no desenvolvimento de habilidades nas dimensões humanas da prática

médica. Charon e colaboradores (1995) abordam cinco grandes objetivos para a inclusão desta estratégia na educação médica: 1) relatos literários de doenças podem ensinar aos médicos lições poderosas sobre a vida concreta das pessoas doentes; 2) grandes obras de ficção sobre a Medicina permitem aos médicos o reconhecimento do poder que possuem e as implicações do que fazem; 3) através do estudo da narrativa, o médico pode entender melhor as histórias dos pacientes, das doenças e de seu próprio interesse pessoal na prática médica; 4) o estudo literário contribui para a especialização dos médicos em ética narrativa; e 5) a teoria literária oferece novas perspectivas sobre o trabalho e os gêneros da Medicina. Sugerem a escolha de cânones da literatura tradicional e obras de escritores contemporâneos e culturalmente diversas, - romances, contos, poesia e teatro - para o cumprimento de cada uma dessas metas. Segundo o autor, tais escolhas podem transmitir tanto a particularidade concreta como a riqueza metafórica dos predicamentos de pessoas doentes e os desafios e as recompensas oferecidas para seus médicos. (CHARON E COL, 1995).

Para estudar o impacto do uso de leituras de poesia no currículo médico através da alteração da percepção do estudante e os pacientes e do estudante com os colegas em uma universidade, Muszkat e colaboradores (2010) avaliaram 112 alunos do 4º ano da faculdade de Medicina durante três anos consecutivos (2008-2010). Uma intervenção educacional baseada na leitura de poesias denominada COPE (Clinically Oriented Poetry - Reading Experience), inclui cinco encontros quinzenais de 1 hora e 15 minutos de duração, com a leitura de um poema diferente selecionado a cada encontro. Os poemas utilizados refletiam experiências como doença, perdas ou morte, bem como experiências relacionadas a heterogeneidades interétnicas entre pacientes e cuidadores. Os autores sugerem que o COPE pode ser incluído como estratégia no currículo médico para melhorar a empatia na relação com o paciente, possivelmente em combinação com atividades ou cursos eletivos.

Para demonstrar a adequação da inclusão da literatura no currículo de Graduação em Medicina, Nery Filho e colaboradores (2013) demonstram como uma universidade no nordeste brasileiro implantou o eixo ético-humanístico do primeiro ao oitavo semestres deste curso, utilizando, entre outras ferramentas, a literatura, “para viabilizar o debate sobre questões político sociais, necessárias à formação do médico” (NERY FILHO *et al.*, 2015, p.344). Entre outras conclusões, o estudo reflete

que a inclusão da literatura no currículo dos cursos de Medicina é propícia, ao possibilitar a reflexão sobre o sofrimento humano e as relações pessoais inerentes à prática médica, tornando-as mais éticas e humanas, em harmonia com os princípios fundamentais do SUS.

Diante do exposto e seu contraditório, conclui-se que o aporte estético fornecido pela inclusão das artes e humanidades no currículo das graduações em saúde é um instrumento importante no desenvolvimento da empatia e, por consequência, da sensibilidade ética dos alunos.

5.3 A EDUCAÇÃO PERMANENTE

Se o desenvolvimento moral é um processo que inicia na infância e segue através da adolescência e início da vida adulta, com a aquisição da sensibilidade ética profissional distintiva, ela não se encerra com o final da Graduação. No campo da prática são apresentados desafios cotidianos, que demandam ferramentas morais – onde as competências desenvolvidas irão ser expressas, atravessadas pela responsabilidade – e atualização nas questões éticas por eles propostas. O termo Educação Permanente é adotado pelo governo brasileiro em sua Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e caracteriza-se como um processo de aprendizagem-trabalho que ocorre no cotidiano das pessoas e das organizações a partir dos problemas enfrentados e considerando conhecimentos e experiências adquiridos. Propõe que as ações educativas sejam feitas a partir da problematização do processo de trabalho e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Guedert e Grosseman, (2011), evidenciam a necessidade de ações educativas que envolvam os problemas éticos das relações interpessoais, da relação médico-paciente e dos cuidados de pacientes gravemente enfermos. Na atenção primária, foram sugeridas ações que abrangem a questão da violência, o uso de drogas, as políticas públicas e o acesso aos serviços de saúde. Postulam que a formação profissional não pode mais estar limitada ao ensino formal, devendo ultrapassar as tradicionais fronteiras espaço-temporais delimitadas institucionalmente pelos sistemas de educação/formação, e que os Comitês

Institucionais de Bioética, com sua formação interdisciplinar e atribuições educativa, formuladora de políticas e consultiva, proponham ações de educação permanente. Assim, enfatizam a necessidade do ensino da ética e bioética durante todo o transcorrer da formação universitária e residência, com estratégias que se desenvolvam como um *continuum educacional* inserido nas atividades médicas habituais.

O processo de educação permanente é modelo que se ampara em diferentes metodologias, a depender do desenvolvimento dos aspectos éticos institucionais, de sua cultura e de seus objetivos de ensino. A seguir, serão abordadas algumas destas metodologias e textos de autores que defendem sua implantação como adequadas ao ensino da ética em saúde.

Os programas de educação permanente, onde o aprender está inserido no cotidiano das práticas, possibilitam o desenvolvimento dessas competências e habilidades ao profissional e ao aprendiz em saúde, indissociáveis, aí, as competências éticas. Para tanto, faz-se necessário que as instituições de saúde desenvolvam uma cultura institucional facilitadora, que oportunize um clima ético favorável. Com o objetivo de “proporcionar a reflexão e o estranhamento crítico do pensar e agir do trabalhador em seu contexto profissional na procura de alternativas para o atendimento, discutidas no coletivo da equipe” e “assumindo que a competência ética é um processo em constante construção” (p. 332), Schaefer e Junges (2014), estudaram a construção da competência ética dos enfermeiros em unidades básicas de saúde e defendem o desenvolvimento de programas de educação permanente direcionados à discussão ética, contemplando os três pilares que suportam a construção de um profissional eticamente competente: os valores pessoais, o ensino e a prática.

5.3.1 O Apoio Matricial e o Suporte à Discussão Ética após a Graduação

O percurso de construção e estabelecimento do conhecimento não se encerra com a Graduação. Os confrontos com a realidade assistencial, as necessidades de condução de pesquisas dentro de paradigmas éticos reconhecidos e aceitos, os dilemas éticos identificados (ou não) no âmbito do trabalho, requerem que o aprimoramento moral seja contínuo. Venturelli (2000, p.31) descreve um período médio de 40 anos de vida profissional após a Graduação e a necessidade do

profissional de contar com as ferramentas e habilidades necessárias ao seu enfrentamento.

La vida entera es un constante proceso de aprendizaje y, por ello, también una contribución al progreso y a las modificaciones de una realidad que las requiere. De ese modo, no podemos pretender que el período intramural universitario permitirá entregar "toda la información" existente. Debemos, concentrarnos en que los futuros profesionales obtengan los elementos básicos, aquellos que permiten avanzar y enfocar la realidad, los problemas y situaciones de salud que el profesional encuentre. (p.32).

Se a formação dos valores inicia na infância e tem a sensibilidade ética profissional distintiva aprimorada na formação acadêmica, o período que sucede a Graduação necessita de manutenção e discussão moral permanente, tendo em vista a exposição cotidiana dos profissionais da saúde aos problemas de ordem moral. Objetivando potencializar alterações na subjetividade e na cultura dominante entre o pessoal de saúde, através da valorização concreta e operacional das diretrizes de vínculo terapêutico, incrementar a transdisciplinaridade dos saberes e das práticas e articular a gestão de organizações como dispositivo para produção de grupos sujeitos, Campos (1999) propõe um novo arranjo organizacional para o trabalho em saúde, a organização matricial. Segundo o autor, o matriciamento – que apresenta características de transversalidade e busca diminuir a fragmentação imposta pela especialização ao processo de trabalho - será capaz de produzir uma nova cultura, ao lidar com a singularidade dos sujeitos, favorecendo a troca de informações e a ampliação do compromisso dos profissionais com a produção de saúde.

O apoio matricial objetiva assegurar retaguarda especializada às equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF -, criados para ampliar a abrangência, a resolubilidade e o escopo das ações da atenção básica (BRASIL, 2011). A função de apoio pode se referir também à coordenação por categorias profissionais (clínica, Enfermagem, fisioterapia etc.) ou por programas e temas (como o Controle de Infecções Hospitalares). Esses apoiadores não deverão simplesmente realizar prescrições, mas apresentar e discutir com a equipe de referência suas propostas e a forma de realizá-las. Assim, eles também contribuem para ampliar a capacidade de intervenção das equipes (BRASIL, Ministério da Saúde, 2014). Os NASF são constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de

conhecimento para atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESF), de Atenção Básica e Academia de Saúde, compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios que estão sob a sua responsabilidade, atuando diretamente no apoio matricial. Embora os NASF façam parte da atenção básica, não se constituem como serviços com unidades físicas independentes e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica). A equipe NASF/ESF tem, como responsabilidade central, atuar e reforçar as diretrizes na atenção à saúde: a interdisciplinaridade, a intersetorialidade, a educação popular, o território, a integralidade, o controle social, a educação permanente em saúde, a promoção da saúde e a humanização. (BRASIL, 2011). Em relação à responsabilização do processo de assistência e à integralidade da atenção em todo o sistema de saúde, Andrade e colaboradores (2012) afirmam que a proposta do matriciamento busca garantir às equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) um maior apoio, através da contribuição de distintas especialidades e profissionais na construção de rede compartilhada. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, objetivando ampliar as possibilidades de realização da clínica ampliada e integração dialógica entre distintas especialidades e profissões. (ANDRADE *et al.*, 2012).

Apontando para a manutenção do suporte à discussão ética no espaço de assistência e formação em serviço também após o período de Graduação, Guedert e Grosseman, (2011), analisaram as respostas de 72 médicos hospitalares e 16 médicos de atenção primária a uma entrevista sobre o atendimento à criança e às competências requeridas para lidar com os problemas éticos vivenciados no cotidiano profissional, visando fornecer subsídios ao desenvolvimento dessa competência. Entre outras estratégias apontadas, as autoras sugerem que, diante da necessidade de recursos para enfrentamento das situações de violência vivenciadas pelas equipes da à Estratégia de Saúde da Família e na atenção primária, as discussões em bioética sejam incorporadas através do apoio matricial. O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência e que pode agregar recursos de saber e contribuir com intervenções que aumentem a capacidade resolutiva da

equipe primariamente responsável pelo caso. Considera que esta função poderia ser desenvolvida por um profissional com conhecimentos em bioética.

5.4 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

A partir de um documento nacional que, ao apontar para o lugar onde se deve chegar, na formação em saúde, não sugere os caminhos pelos quais serão obtidos tais objetivos, especificamente no que diz respeito à ética; considerando que a predominância de um paradigma mecanicista do entendimento da saúde e a visão hierarquizada das relações entre médicos, equipes de profissionais da saúde e pacientes determinam a existência de um currículo oculto que segue na contramão de uma abordagem eticamente consistente com os valores ensinados na formação dos alunos; avaliando os estudos que dão conta da corrosão da sensibilidade ética e das teorias que suportam que tal sensibilidade pode e deve ser desenvolvida e aprimorada também na formação profissional, este capítulo propõe a análise de algumas metodologias que, ao se distanciar do modelo pedagógico tradicional, apresentam a Aprendizagem Baseada em Problemas como a alternativa que, por envolver a instituição como um todo, permitirá não somente a identificação e revisão dos determinantes do currículo oculto, privilegiando o ensino transdisciplinar e transversal da ética. A inserção permanente do ensino das humanidades associado aos problemas geradores de aprendizagem estimulará o desenvolvimento da sensibilidade ética, desde que tal abordagem não corresponda apenas a um agregado de disciplinas desvinculadas do contexto e da metodologia proposta (ABP), onde a ética possa valer-se da estética a fim de formar profissionais onde tais dimensões sejam contempladas de forma integral. Compreendendo que o exercício e o aprimoramento da sensibilidade moral e a tomada de decisões no campo da ética profissional são necessidades que transcendem aos anos de formação acadêmica, o capítulo defende, ainda, a abordagem dos problemas éticos no exercício profissional cotidiano dos espaços institucionais em saúde, como os NASF e as UBS, através do apoio matricial.

Entretanto, se o desenvolvimento da sensibilidade ética é necessário e passível de ensino, e se este capítulo, após considerar evidências e estudos

consistentes, concluiu por uma metodologia mais adequada para tal desenvolvimento/aprimoramento, há uma pergunta que segue irrespondida, uma vez abordadas as questões relativas ao contexto e ao método: que ética deverá ser ensinada? Qual vertente, com quais fundamentos? Esta questão procurará ser respondida na próxima e última sessão.

6 O ENSINO DA ÉTICA AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE NO BRASIL: A VIA DA RESPONSABILIDADE

O homem é inteiramente responsável por aquilo que é. Essa responsabilidade, no entanto, não se circunscreve apenas à sua individualidade: o homem também é responsável por todos os homens, e sua liberdade não o separa da liberdade dos outros. (SARTRE, 1977, p. XII).

Se o arcabouço da construção deste trabalho, como estabelecido até aqui, vem respondendo a questões que remontam à antiguidade filosófica, tais como a possibilidade (e a necessidade, discutida no terceiro capítulo) do ensino das virtudes, o método pelo qual se poderia fazê-lo, e como avaliar a obtenção de tal intento, segue pendente uma pergunta fundamental: de que vertente da ética se fala, ao pretender-se seu ensino? Se os quatro capítulos iniciais desta tese dedicaram-se ao levantamento da realidade e das possibilidades do ensino da ética aos profissionais da saúde no Brasil, a presente sessão – além de rever e contextualizar os achados anteriores, tecendo reflexões a respeito deles – pretenderá fundamentar e defender uma via ética. Ao ir além de uma ética profissional pautada pela heteronomia dos códigos profissionais, ou de uma flutuante ética norteada pelo senso comum, ou ainda uma relativizadora e sexista ética do cuidado, este capítulo defende o ensino de uma ética centrada na responsabilidade, tanto através do reconhecimento do outro como um interlocutor válido nos processos decisórios sobre questões éticas, como na defesa de uma ética responsável do ponto de vista da solidariedade e do risco compartilhado. Paul Ricoeur, filósofo francês contemporâneo (1913-2005), produziu ensaios onde defendeu a hermenêutica na apreciação dos textos literários (RICOEUR, 1989) e vinculou-se a Aristóteles, Kant, e John Rawls, ao defender uma ética da responsabilidade em suas obras *Soi-même comme un autre* (RICOEUR, 1990) e *Le Juste* (RICOEUR, 1999), uma compilação de várias conferências. As ideias defendidas pelo filósofo serão articuladas com as situações descritas ao longo deste trabalho.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em saúde resultaram da reflexão desenvolvida a partir de um momento histórico de crise do modelo biomédico até então estabelecido, onde a ideia que predominava era o não engessamento dos currículos e a fuga à matriz flexneriana da imposição da

fragmentação dos saberes e das práticas, e sua conseqüente falha na compreensão da complexidade do processo saúde-doença. Tais características dos ensinamentos de Graduação em Medicina – e, extensivamente, dos demais cursos das áreas da saúde - não contemplavam as diferenças regionais e as novas necessidades sociais então vigentes. A proposta do momento era a desmedicalização dos docentes, dos currículos e dos alunos, bem como a quebra da hegemonia do poder simbólico dos profissionais médicos sobre as ações e ensinamentos em saúde, visando estabelecer relações menos assimétricas e não pautadas pelo modelo técnico, biocêntrico e hospitalocêntrico nos campos de práticas. O próprio texto das DCN é explícito em relação ao contramovimento ao afirmar que, no final de 1999, a Rede Unida viu-se na contingência de publicar um alerta contra “as forças conservadoras e defensoras do status quo estabelecido, muito poderosas nas corporações e nas universidades”, que “ganhavam terreno e estavam conseguindo imprimir, aos textos das diretrizes curriculares em fase de redação, as caras ultrapassadas dos currículos mínimos” (BRASIL, 2014, p. 9). Sob tal perspectiva – e para fazer frente à nova demanda de reconstituição das políticas de ensino e gestão em saúde - tornava-se evidente a necessidade de repensar o perfil do egresso dos Cursos de Graduação em saúde e as vias que seriam adotadas a fim de viabilizar tal intento: as DCN surgiram neste contexto, com o compromisso de “assegurar a flexibilidade na organização de cursos e carreiras, atendendo à crescente heterogeneidade tanto da formação prévia como das expectativas e interesses dos alunos”. (viii) Segundo Tutunji (2009), “o processo de definição das diretrizes curriculares foi um exercício de democracia, que se abriu à participação de todos os envolvidos e, baseado em uma nova dialética, estabeleceu competências para um exercício profissional não autoritário, capaz de estabelecer condutas e intervenções com a participação ativa do paciente”. Assim, em vários recortes de textos que integram as DCN são apontados o discurso humanístico, o respeito aos valores (respeito, rigor científico), aos princípios (éticos), à bioética, e aos determinantes éticos e legais do exercício profissional. No entanto, é possível que, ao tentar manter o compromisso com a flexibilização, as DCN não tenham apontado, de forma clara, o fundamento moral e a vertente ética à qual se vinculam, tampouco os meios pelos quais tais competências ou habilidades, apenas tangenciadas pelo texto, serão desenvolvidas. É neste contexto impreciso, onde ética e deontologia parecem ser unidos por um único entendimento ou por um possível sentido de complementariedade, remetendo a uma

iminente confusão conceitual, que os cursos vêm desenvolvendo seu planejamento político-pedagógico, cada um vinculando-se a uma ou várias concepções morais ou, em um discurso monológico com as DCN, reproduzindo a ambiguidade de conceitos e estratégias (CAREGNATO *et al.*, 2009; FINKLER *et al.*, 2011). A análise das publicações de diferentes pesquisadores e instituições de ensino ou de regulamentação profissional demonstrou que, embora a deontologia permaneça como importante alternativa moral, o discurso dominante ainda é deficiente na indicação de um caminho a seguir. Tal achado reforça a ideia de que um pressuposto pouco explícito, seguido por atitudes pouco reflexivas, ocasionará a reprodução da falta de clareza nas subseqüentes construções pedagógicas. Por outro lado, é necessário também considerar a possibilidade de que – ao invés da repetição da aparente confusão conceitual a que induzem as DCN – os autores possam, deliberadamente, afiliar-se a uma ou mais vertentes éticas a fim de dar conta dos desafios morais encontrados no ensino e na atenção à saúde.

Como resposta a esta questão pendente, então, sobre a que ética aponta a questão do ensino em saúde, este trabalho elege o pensamento de Paul Ricoeur e suas considerações sobre ética, moral, justiça (o justo), equidade, prudência e, finalmente, sobre a ética da responsabilidade.

6.1 PAUL RICOEUR E A DISTINÇÃO ENTRE ÉTICA E MORAL

Ao vincular este trabalho ao pensamento de Paul Ricoeur, torna-se necessário, então, explicitar como o filósofo concebia as diferenças conceituais entre ética e moral. Para Ricoeur, ética lida com o domínio daquilo que é tomado como pertencendo a uma boa vida humana e preocupa-se com o objetivo global de uma vida de ação, enquanto moral refere-se à expressão deste objetivo em termos de normas que possuem caráter de obrigatoriedade e devem ser universalizáveis, exercendo alguma restrição na conduta. Na terminologia filosófica, segundo o pensamento de Ricoeur, a ética é teleologicamente orientada, enquanto a moral é orientada deontologicamente, sendo estes aspectos complementares e não incompatíveis, uma vez que “o justo” se encontra, como será demonstrado através do seu pensamento, a meio caminho entre o telos e deon. A posição que o filósofo

desenvolve em *Soi-méme comme un autre* tem seu ponto de partida na visão aristotélica de que a ação visa sempre algo de bom, cujo objetivo final é ser um constituinte em uma “boa vida” “com e para os outros, em instituições justas” (p. 262). Assim, torna-se necessário que as instituições sociais, em particular as instituições políticas, definam o contexto para a ação, afetando significativamente a sua eficácia. Para uma boa vida, nosso objetivo é ter instituições que atendam nosso senso de justiça nas obrigações que impõem, e nos privilégios e oportunidades que concedem (p. 180). A este pensamento vinculam-se os autores que defendem a ética das virtudes como caminho para o ensino da ética em saúde.

(deontológica, para Ricoeur) não deve ser ignorada. É preciso passar para o imperativo, ao dever, a interdição expressa pela ideia normativa. Cada objetivo real deve ser submetido ao "crivo da norma" (*Soi même comme un autre*, p. 170). Nos estudos VII, VIII e IX, desta obra, Ricoeur estrutura o seu pensamento em três sessões, formadas por dois eixos e sua intersecção.

(estudo VIII) e a sabedoria prática – o Justo (estudo IX). O bom, no primeiro nível, designa o telos de uma vida interior do que se pode chamar de realização, plenitude. Lembra que a ação humana está transpassada pelo desejo e pela carência, e define ética como a aspiração à vida boa: o desejo de uma vida plena com e para os outros, em instituições justas. Ao predicado bom, indicador do nível teleológico segue, no nível deontológico, a referência ao plano obrigatório (ou do proibido). A passagem do “bom” ao “deve” dá-se porque o desejo implica ação e capacidade de fazer que ocorre, no plano interativo, como “poder” exercido por um agente sobre outro agente. Tal poder, como foi dito, oferece a ocasião permanente da violência sob todas as suas formas.

No segundo nível, o “deve”, o plano deontológico coincide com as três fórmulas do imperativo Kantiano: universalização de uma máxima da ação, respeito pela humanidade em minha pessoa e no próximo, e instauração de uma ordem de fins onde os sujeitos seriam, ao mesmo tempo, legisladores. Ricoeur considera, ainda, o contratualismo de Rawls para uma sociedade democrática, onde todos os afetados por uma situação devem eleger, entre vários princípios de justiça, aquele aceito por todos.

A sabedoria prática constitui o terceiro nível, onde a estrutura do juízo moral se dá sob “o trágico da ação”. É o estágio onde a consciência moral, em seu foro interno, é requerida para tomar decisões singulares, em um clima de incerteza e graves conflitos. Aí, o juízo forma-se, segundo o filósofo, na zona média, a meio caminho da prova, que deve ser submetida a ambos, ao arrazoado lógico e ao

compreensão e a explicação; poética, na medida em que a invenção da solução apropriada à situação singular surge daquilo que, depois de Kant, denominou-se de “imaginação produtiva”.

A apreciação da alteridade, deste modo, configura-se como a única via para superar a questão da corrosão do caráter e do enfraquecimento do laço social abordados no terceiro capítulo. Na transposição da teoria de Ricouer para a prática e o ensino em saúde, é legítimo considerar a necessidade das três estratégias, a demanda dialética, onde o indivíduo (o aluno, considerando a questão do ensino) necessita perceber a extensão do formar-se no, e a partir do, encontro com o outro, e que – para além dos conflitos éticos claramente estabelecidos -, a hermenêutica dá-se a cada tomada de decisão no ato em saúde, situação e espaço onde a poiesis da ação/decisão é sempre original, formada a partir do contexto do encontro e da melhor possibilidade social e evidência científica disponível.

exerce um juízo da situação. O equitativo é a figura que revela a ideia do justo nas situações de incerteza e de conflito, sob o regime ordinário ou extraordinário da “tragédia da ação”. Este, talvez, seja o lugar que se pretenda atingir, ao considerar a formação moral dos estudantes das áreas da saúde através do desenvolvimento da sensibilidade ética e da empatia. Na necessidade da dialética, da hermenêutica e da poética (no sentido gerador) é que se embasam as metodologias que visam desenvolver as habilidades de comunicação, a reflexão e tomada de decisões acerca dos problemas e a estética necessária, aplicada à ética, que justifica a inserção das humanidades no ensino em saúde: a arte enquanto possibilidade de questionamento e validação da ética, através da experiência estética.

Em filosofia, responsabilidade é um termo de utilização recente, quando a palavra assume o significado de “ocupar-se”; então, somos difusamente responsáveis – além das consequências dos nossos atos – pelos outros, que se encontram sob nossos cuidados. Ao conduzir este conceito ao limite extremo, somos responsáveis por todos. Para Hans Jonas e Emmanuel Levinas responsabilidade, sob este aspecto que transborda do jurídico, é um princípio (RICOEUR, 1999, p.119). Também o termo responsabilidade pode significar imputação, quando é atribuída a alguém a autoria de uma ação⁴⁵. Paul Ricoeur desenvolve seu pensamento sobre a responsabilidade, através do que ele chama de desmoralização da responsabilidade como imputação para a remoralização da responsabilidade como virtude da prudência na ação (RICOEUR, 1999, p.49-74)⁴⁶. O filósofo aborda a responsabilidade considerando outras vias semânticas, um conceito de responsabilidade não vinculado à obrigação moral e imputação, onde a ideia de “falta” cometida encontra-se substituída pela necessidade de prevenção de risco (filosofia do risco), fundamentada na ideia da solidariedade, que implica na obrigação da restituição, na ausência de um componente intencional. Porém, a multiplicação das situações de risco (e, conseqüentemente, de vitimização), leva a uma paradoxal reculpabilização dos autores identificados dos danos, com a “solidariedade” voltando-se contra os agentes culpabilizáveis. Desse modo, pela própria ideia de risco e culpabilização, a filosofia do risco desloca-se de uma posição ética que reivindica para si a virtude da solidariedade para colocar no jogo outra virtude: a da proteção contra o risco, (a virtude) da segurança. Mas, se a culpabilização é aleatória, sua origem também tende a sê-lo, em virtude do cálculo de probabilidade que situa todos os casos sob o signo do azar. Assim, desconectada da decisão, a ação se vê, ela mesma, sob o signo da fatalidade, que é exatamente o contrário da responsabilidade.

⁴⁵ Advém do termo latim *putare*, colocar na conta, de onde parte a concepção moral de contabilização de méritos e deméritos e aponta às figuras semimíticas do Grande Livro das Dívidas: o livro da vida e da morte. Imputabilidade fala também acerca da capacidade do agente para a imputação (moral e jurídica). Somente é imputável uma pessoa; a personalidade moral não é senão a liberdade de um ser racional submetido a leis morais. Uma coisa não é suscetível de imputabilidade.

⁴⁶ A respeito de Causalidade livre X Causalidade natural, Paul Ricoeur afirma que é preciso abandonar a ideia aristoteliana de causalidade natural. A partir de Galileu e Newton já é impossível sustentar a filosofia da natureza e defender, assim, a causalidade natural. Há uma ruptura entre causalidade livre e causalidade natural a partir da possibilidade de iniciativa e intervenção. O poder fazer (*eu posso!*) é a constatação do homem capaz.

6.8 AS TRANSFORMAÇÕES DO CONCEITO MORAL DA RESPONSABILIDADE SEGUNDO RICOEUR

O retrocesso, no plano jurídico, da ideia de imputação, gerou um deslocamento e uma assombrosa proliferação e dispersão do emprego do termo *responsabilidade*. No extremo do deslocamento, surge a Prudência Preventiva, que equivale à mudança do *objeto* da responsabilidade. Se, no *plano jurídico*, o *autor* é responsável pelos *efeitos* da ação (por exemplo, pelos danos decorrentes desta ação), no plano moral, o *agente* é responsável por *outro homem*, pelo próximo, que esteja a seu encargo. O juízo já não é sobre o autor da ação e seus efeitos, mas se estende à relação entre o autor da ação e o que sofre a ação, a relação entre o agente e o paciente da ação, o vulnerável, e este é o objeto do direito de responsabilidade, no plano moral: o vulnerável, o frágil. Assim, convertendo-se em fonte de moralidade, o outro é promovido à condição de objeto de preocupação, em que sua fragilidade e vulnerabilidade são a própria fonte da obrigação.

Deste modo, cabe perguntar-se: até onde vai a responsabilidade, cujo objeto, agora, é o próximo? A responsabilidade, nesta via de pensamento, assume uma extensão (espacial e temporal) e alcance ilimitados (Hans Jonas), onde a vulnerabilidade futura do homem e seu meio ambiente convertem-se em ponto focal da preocupação responsável. Tal responsabilidade, ilimitada no espaço e no tempo, relaciona-se diretamente aos poderes exercidos pelos humanos sobre outros humanos e sobre o meio ambiente comum. A tal exercício de poder, Ricoeur denominou, ao expor seu pensamento sobre o Justo, de *violência da ação*. A responsabilidade se estende até onde alcançarem os prejuízos ocasionados pelos efeitos do exercício dos poderes, sejam eles previsíveis, prováveis ou apenas possíveis, originando a trilogia *Poderes – Prejuízos – Responsabilidade*. O problema, nesta formulação, é – considerada a extensão da responsabilidade – a dificuldade de localizar o agente responsável, diluindo-se a responsabilidade. A cadeia de efeitos empíricos de nossos atos (KANT) virtualmente não tem fim.

6.9 A RESPONSABILIDADE COMO INTENÇÃO E COMO EFEITO COLATERAL DAS AÇÕES

Se a negligência completa sobre os efeitos colaterais das ações seria uma desonestidade, uma responsabilidade ilimitada tornaria impossível a ação. É preciso, então, encontrar um meio termo entre a renúncia à responsabilidade pelas consequências e a inflação de uma responsabilidade infinita. Ricoeur defende, como justo termo, o compartilhamento (a socialização) dos riscos, onde a ideia de precaução substitui a de reparação, onde o que se demanda, então, é a virtude da prudência, entendida não somente no sentido de prevenção, mas com *prudentia*, herdeira da virtude grega da *phronesis* (sabedoria prática) ⁴⁷. A esta prudência se remete a tarefa de reconhecer, entre as inúmeras consequências da ação, aquelas pelas quais possamos ser tidos legitimamente como responsáveis. Mantém-se, então, a ideia da imputabilidade, submetida às considerações de solidariedade e risco compartilhado.

Por estar atrelada à mudança de paradigmas há muito tempo estabelecidos em saúde, a transdisciplinaridade é um objetivo audacioso, que requer não só a abertura dos campos disciplinares, como a ampliação da noção de responsabilidade que se percebe nos ambientes acadêmicos em saúde. O aprendizado da ética em um ambiente que se pretende transdisciplinar requer a apreciação do pensamento de Paul Ricoeur, no qual a responsabilidade é vista como a justa distância entre as três ideias, imputabilidade, solidariedade e risco compartilhado, muito distante do conceito inicial de obrigação de reparar ou cumprir pena ou da contemplação apenas deontológica do exercício profissional.

O necessário exercício hermenêutico que viabiliza o conhecimento e aplicação da sabedoria prática e do justo, em Ricoeur, encontra, na decisão prudente, o pensamento do contemporâneo bioeticista espanhol Diego de Gracia. A educação em saúde, ao evitar o posicionamento entre a dualidade polarizante da virtude e do dever, configura, antes que um dilema, um problema que alberga múltiplas possibilidades de abordagem, onde não se contempla nem somente a

intenção (desejo) do agente virtuoso, nem tampouco o utilitarismo do maior número (de beneficiados), mas a defesa de uma hermenêutica que visa a tomada de decisão prudente, a responsabilidade solidaria e a busca do Justo. Nesta hermenêutica da tomada de decisões em educação – assim como em saúde - torna-se importante explicitar todas as variáveis que contemplem o currículo oculto, passando pela formação moral e a sensibilização ética anteriores à Graduação, pelas metodologias preconizadas ao ensino e o referencial trazido pelas diretrizes curriculares nacionais para os Cursos de Graduação em saúde.

6.10 CONCLUSÕES DO CAPÍTULO

De que modo, então, uma ética da saúde (e do ensino em saúde) poderá ser tomada como uma ética da responsabilidade? Através da consideração solidariedade e do fortalecimento da alteridade, em uma situação em que a imputabilidade e o risco compartilhado ensejam a melhor conjugação entre a beneficência e o respeito à autonomia, desejados e devidos a *cada um*.

Para encerrar a construção do pensamento sobre o ensino em ética aos profissionais de saúde, este capítulo apresentou o pensamento de Paul Ricoeur a respeito da ética da responsabilidade como uma possibilidade de resposta à questão que perpassou toda a construção deste trabalho, desde o primeiro capítulo, sobre qual ética deverá ser ensinada aos graduandos nas áreas da saúde. Neste capítulo, a questão do Justo foi trazida, no pensamento do filósofo, como a ideal justa medida entre a deontologia e a teleologia, entre a ética e a moral, em uma ação que ocorre sobre o outro, a quem se deve o compromisso da responsabilidade imputável, solidária e de compartilhamento do risco são as atitudes éticas que se esperam, ao final do processo de ensino e educação em saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho com saúde implica um desejo e uma responsabilidade. Ao escolher para si o *ser cuidador*, reivindica-se, a si próprio, as virtudes da disponibilidade ao outro, do empenho dos melhores esforços na manutenção da saúde e do bem-estar (estar bem no mundo) e do ideal a perseguir. Se a busca pela concretização deste desejo implica na ação, então, ela estará submetida às leis dos homens e da profissão. No entanto, maior do que elas, é a responsabilidade que deve reger a relação de alteridade: a beneficência solidária que se submete ao respeito à autonomia do outro; a aliança necessária a qualquer relação, o assumir de forma compartilhada os riscos implícitos a toda ação na mesma medida da possibilidade de realização do desejo. *A cada um o que lhe é devido* implica a justa distribuição de bens, oportunidades e imputabilidade nos processos decisórios, consideradas as diferenças em formação e capacidade de entendimento.

Assim como a escolha de trabalhar com saúde, a opção pela docência em saúde configuram mais do que uma eleição profissional: contrariamente às tendências de mercantilizar a relação profissional da saúde-paciente e professor-aluno, a opção pelo ensino em saúde representa, sim, um duplo sacerdócio, o atendimento a um complexo chamado. Dom, desejo e responsabilidade, cuidado e vigilância, disponibilidade e alteridade, o *si mesmo* e o *outro como ele mesmo*: o divino encontro renovado em cada *próximo*.

A escolha do tema sobre o qual debruçar-se ao longo desta trajetória do doutoramento incluiu uma ambição e uma armadilha. A ambição de – tendo formação em ciências médicas - tentar responder a uma pergunta sobre a qual importantes filósofos desde a antiguidade já se debruçaram: a possibilidade do ensino das virtudes. E uma armadilha referente à perigosa polaridade na delimitação do tema, a saber:

a) estudar a formação ética dos médicos, tema já suficientemente discutido por vários autores, e apontar, talvez, uma ou outra diferença que diz respeito somente à experiência da autora no ensino de Pós-Graduação em Dermatologia, o que acrescentaria pouco às discussões, ou;

b) analisar similaridades e diferenças no ensino da ética a estudantes das diversas áreas da saúde, assunto deficientemente estudado e com poucas publicações parciais relacionando uma ou duas áreas, apenas, como no trabalho que reporta a perda da empatia vinculada à Odontologia e à Medicina.

Ambas as escolhas implicam em facilidades e limitações. Se a decisão sobre a primeira favorece à delimitação do tema e restringe a discussão a um terreno de conhecimentos já bem sedimentados, ela vai de encontro às concepções fundamentais da autora, que entende a saúde (e o ensino em saúde) como um território legítimo da transdisciplinaridade, sendo qualquer segmentação, no ensino ou na prática, desafiante da ética que se quer transversal aos saberes. Já a decisão por estender o estudo do ensino da ética a todas as áreas profissionais da saúde – tarefa enorme e ambiciosa - esbarraria, como pode ter ocorrido neste trabalho, em dificuldades outras: o estudo da ética médica e do seu ensino encontra um número muito superior de publicações, provavelmente devido à antiguidade filosófica da questão. Este fato pode fazer com que o pêndulo da balança desloque-se um tanto mais para o lado do ensino médico, utilizando-o como paradigma para que se repensem os outros cursos. É necessário, assim, que se questione se todos os demais cursos podem (e se devem) ser atingidos por essas considerações; se as questões de empatia, erosão da sensibilidade ética e da sensibilidade distintiva profissional são similares e se podem ser generalizáveis a essas outras profissões, seus docentes e estudantes.

Considerável risco, ao optar pela abertura da temática a todas as áreas da saúde, é a impossibilidade de abranger toda a literatura pertinente, de modo que é bastante grande a possibilidade de estudos importantes não terem sido contemplados nesta obra.

Desse modo, estudos que ofereçam maior clareza à questão do ensino da ética às demais profissões em saúde poderão subsidiar novas tomadas de decisão relativas ao planejamento e adoção da mais adequada metodologia e da postura institucional necessária ao estímulo do desenvolvimento da sensibilidade ética, da empatia e das competências éticas transversais.

Outra questão que merece uma reflexão mais aprofundada é – diante da opção pela defesa da Aprendizagem Baseada em Problemas como a metodologia de ensino mais adequada ao ensino transversal da ética em saúde – como se

poderia efetivar a inserção das reflexões, disciplinas ou conteúdos do eixo humanista/artístico nesta tecnologia de ensino, de modo que isso não configure apenas a agregação de disciplinas desvinculadas do princípio educativo integral dos profissionais da saúde? Considerando que paradigmas não são substituídos em curto espaço de tempo, que dependem de mudanças profundas nas acepções pessoais e institucionais de educadores, gestores e alunos, de que forma assegurar a adesão dos graduandos à proposta, sem que tais discussões sejam consideradas inúteis ou descontextualizadas da formação técnica proposta? No caso dos estudantes descritos no trabalho de Shapiro e colaboradores (cap. 5) representarem os estudantes de Medicina e das áreas da saúde brasileira, como trabalhar a integração dos profissionais das áreas das ciências humanas ao ensino, sem que certo menosprezo pela atividade dificulte a obtenção dos objetivos éticos propostos com tais práticas? Tais questões não foram respondidas por este trabalho e permanecem abertas a discussões e investigações mais aprofundadas.

REFERÊNCIAS

AKABAYASHI, A.; SLINGSBY, B. T.; KAI, I.; Nishimura, T.; YAMAGISHI, A. The development of a brief and objective method for evaluating moral sensitivity and reasoning in medical students. **BMC Med Ethics**. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/5/1/prepub>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

ALMEIDA, M. H. M.; CASTIGLIONI, M. C. O ensino da ética ao profissional de saúde na USP: a formação ética do terapeuta ocupacional. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 2, p. 75-81, maio./ago. 2005.

ALONSO, Augusto Hortal. Planteamiento de una ética profesional. *In*: *Ética de las profesiones*. Universidad Pontificia Comillas: Madrid, 1994.

ANASTASIOU, L. G. C. Educação Superior e Preparação Pedagógica: elementos para um começo de conversa. *Revista Saberes*, ano 2, v. 2, mai./ago. 2001. *In*: MATHIAS, Amanda Cordeiro. Currículo oculto x currículo formal: práxis pedagógica e a formação do educador. **EFDeportes.com - Revista Digital**, Buenos Aires, Año 16, n. 161, oct. 2011. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd161/curriculo-oculto-x-curriculo-formal.htm>>. Acesso em: 12 dez. 2014.

ANDRADE, Lucas Melo Biondi de; QUANDT, Fábio Luiz; CAMPOS, Dalvan Antônio de; DELZIOVO, Carmem Regina; COELHO, Elza Berger Salema; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio. Análise da implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família no interior de Santa Catarina. **Sau. &Transf. Soc.**, Florianópolis, v.3, n.1, p.18-31, 2012.

ARISTÓTELES. **Ética a Nicômaco**. 2. reimpr., São Paulo: Martins Claret, 2012.

ARRUDA CAMARGO, Maria Cristina von Zuben. O ensino da ética médica e o horizonte bioética. **Revista Bioética**. 1994. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/395>. Acesso em: 10 set. 2014.

BADARÓ, Ana Fátima Viero; GUILHEM, Dirce. Perfil sociodemográfico e profissional de fisioterapeutas e origem das suas concepções sobre ética. **Fisioter mov.**, v. 24, n. 3, p. 445-54, jul./set. 2011.

BALL, Laura. Profile of Carol Gilligan. Psychology's Feminist Voices Multimedia Internet Archive, 2010. Disponível em: <<http://www.feministvoices.com/carol-gilligan/>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

BARON, Márcia W.; PETTIT, Philip; SLOTE, Michael. Three methods of ethics. Massachussets: Blackwell, 1997.

≥. Acesso em: 02 jan. 2015.

BERBEL, N. N. "Problematization" and Problem-Based Learning: different words or different ways? **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 2, n. 2, 1998.

BISHOP, J. Rejecting medical humanism: medical humanities and the metaphysics of medicine. **Journal of medical humanities**, n. 29, p. 15-25, 2008.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Docente-clínico: o complexo papel. **Physis**. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 65-85, 2011.

BOUND, D. J.; FELETTI, G. **The challenge of problem-based learning** [M]. London: Kogan-Page, 1991, 1997.

≥. Acesso

em: 21 fev. 2015.

_____. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/ldb.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular, 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf. Acesso em: 10 dez. 2014.

_____. Portaria MS 2488/2011. Institui a nova Política Nacional de Atenção Básica, revogando a Portaria MS 645/2006. MS: Brasília, 2011.

BRIANI, Maria Cristina. O ensino médico no Brasil está mudando? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, out./dez. 2000. Disponível em:

<https://chasqueweb.ufrgs.br/~cristinaneumann/index_files/ensino_medico.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2015.

BRITO, José Henrique Silveira de. **Introdução à fundamentação da metafísica dos costumes, de I. Kant**. Porto: Contraponto, 1994.

BUCK, G. H. Development of simulators in medical education. **Gesnerus**, v. 48, n. 7, p. 28, 1991.

BURGATTI, Juliane Cristina *et al.* Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 2, apr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 mar. 2015.

BURGATTI, Juliane Cristina; LEONELLO, Valeria Marli; BRACIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; OLIVEIRA, Maria Amelia de Campos. Estratégias pedagógicas para o desenvolvimento da competência ético-política na formação inicial em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 66, n. 2, p. 282-6, mar./abr. 2013.

CAMBI, F. **História da pedagogia**. São Paulo: UNESP; 1999.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2015.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MARTINI, Rosa Maria Filipozzi; MUTTI, Regina Maria Varini. Questão ético-moral na formação dos enfermeiros e médicos: efeitos dos sentidos nos discursos docentes. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.1, n.4, p:713-21, out./dez. 2009.

CARNEIRO, Alan Dionizio; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; PEQUENO, Marconi José Pimentel. **Disseminação de valores éticos no ensino do cuidar em enfermagem**: estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 18, n. 4, p.722-30, out./dez. 2009.

CARROLL, Lewis. **Alice**. Edição comentada. Introdução e notas: Martin Gardner. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

CARVALHO, Vilma de. Por uma epistemologia do cuidado de enfermagem e a formação dos sujeitos do conhecimento na área da enfermagem – do ângulo de

uma visão filosófica. **Esc Anna Nery Ver Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 406-14, abr./jun. 2009.

CEPPAS, Filipe *et al.* (orgs.). **Ensino de Filosofia, formação e Emancipação**. Campinas: Alinea, 2009.

CHARON R.; *et al.* Literature and medicine: contributions to clinical practice. **Ann Intern Med.**, n. 122, p. 599-606, 1995.

_____. Commentary: sharper instruments: on defending the humanities in undergraduate medical education. **Acad Med.**, v. 85, n. 6, p. 935-7, jun. 2010.

_____. **The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust.** *J Am Med Assoc*, n. 286, p.1897-1902, 2001.

CHODOROW, Nancy. **The reproduction of mothering**. Berkeley: University of California Press, 1978.

CHURCHILL, Larry. Reviving a distinctive medical ethic. **Hastings Center Report**, v. 19, n. 3, p.28-34, 1989.

CORTELLA, Mário Sérgio. Entrevista. Disponível em: <http://www.nucleoaprendiz.com.br/site/index.php?option=com_content&view=article&id=88:-entrevista-com-mario-sergio-cortella-educar-para-transformar&catid=1:novidades>. Acesso em: 09 dez. 2014.

CORTINA, Adela. **Por una ética del consumo**. Madri: Taurus, 2002.

CORTINA, Adela; MARTINEZ, Emilio. **Ética**. 5.ed. São Paulo: Loyola, 2013.

COTE, L.; LECLERE, H. How clinical teachers perceive the doctor-patient relationship and themselves as role models. **Academic Medicine**, n. 75, p. 1117-24, 2000.

CYRINO, Eliana Goldfarb; GOLDFARB, Eliana; TORALLES-PEREIRA, Maria Lúcia. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-8, mai./jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/15.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

D'AVILA, R. L. A codificação moral da medicina. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 10 (Supl. 2), p. 399-408, dez. 2010.

DANTAS, Anielle Avelina; MARTINS, Carlos Henrique; MILITÃO, Maria Socorro Ramos. O cinema como instrumento didático para a abordagem de problemas bioéticos: uma reflexão sobre a eutanásia. **Rev Bras de Educ Médica**, v. 35, n. 1, p. 69-76; 2011.

DASGUPTA, S. *et al.* Medical education for social justice: Paulo Freire revisited". **Journal od Medical Humanities**, n. 27, p. 245-251, 2006.

DAUENHAUER, Bernard; PELLAUER, David. "Paul Ricoeur", The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Disponível em: <<http://plato.stanford.edu/archives/sum2014/entries/ricoeur/>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

DENT, Nicholas J. H. Virtude. **Dicionário de Ética e Filosofia Moral**. 2.ed. São Leopoldo: Unisinos, 2013.

DINSMORE, John; XIAONING, Gio; KELLARIS, James J. Recession, financial hardship and ethical judgment: do tough times beget tough judges? Ama Summer Educators: Conference proceedings; 2011, v. 22, p. 139. Disponível em: <<https://archive.ama.org/archive/AboutAMA/VolunteerLeads/AcademicSIG/Documents/Summer%20Ed%202011.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2015.

DÓRIA, T.; MOREIRA, L. A bioética na formação do biólogo: um desafio contemporâneo. **Revista entre ideias: educação, cultura e sociedade**, América do Norte, 2012. Disponível em: <<http://www.portalseer.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/4612/4408>>. Acesso em: 25 out. 2014.

DUCH, Barbara J. *et al.* The Power of Problem-Based Learning Paperback Stylus Publishin LCC. Library of congress, 1 oct. 2001.

DUNCAN, P. **Critical perspectives on health**. Oxford: Palgrave macmillan; 2007.

DYMOND, R. E. A scale for measurement of empathic ability. **Journal of Consulting Psychology**, v. 14, p. 127-33, 1949.

ERTMER, P. A.; SIMONS, K. D. Jumping the PBL Implementation Hurdle: Supporting the Efforts of K–12 Teachers. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning*, 2006. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7771/1541-5015.1005>>. Acesso em: 29 jan. 2015.

FERREIRA, Heliane Moura; RAMOS, Lais Helena. Diretrizes curriculares para o ensino da ética na graduação em enfermagem. **Acta Paul Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 328-31, 2006.

FINKLER, Mirelle; CAETANO, João Carlos; SOUZA RAMOS, Flávia Regina. Ética e valores na formação profissional em saúde: um estudo de caso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 3033-42, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63028210029>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

FINKLER, Mirelle; VERDI, Marta Inez Machado; CAETANO, João Carlos; RAMOS, Flávia Regina Souza. Formação profissional ética: um compromisso a partir das diretrizes curriculares? **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p.449-462, nov.2010/fev.2011.

FIUZA SANCHEZ, Heriberto; SILVA, Carlos José de Paula; DRUMOND, Marisa Maia; FERREIRA E FERREIRA, Efigênia. A formação de valores e a prática da atenção primária na saúde com estudantes de odontologia. **Acta Bioethica**, v. 18, n. 1, p. 101-9, 2012.

FLEXNER. Histórias de Ensino superior: Relatório Flexner. **Revista Ensino Superior Unicamp**, 2010. Disponível em: <http://www.gr.unicamp.br/ceav/revistaensinosuperior/ed01_mai2010/ed_01_mai2010_historias.php>. Acesso em: 10 mar. 2015.

—

GILLIGAN, Carol. **Uma voz diferente**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GILLIS, C. Medicine and humanities: voicing connections. **Journal of medical humanities**, n. 29, p. 5-14, 2008.

GOLDIE, J. *et al.* Teaching professionalism in the early years of a medical curriculum: a qualitative study. **Medical Education**, v. 41, n. 6, p. 610-7, 2007.

GOLEMAN, Daniel. **La inteligência emocional**. Madrid: Vergara. 2000.

GOMES, Andréia Patrícia; REGO, Sergio; PALÁCIOS, Marisa; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo. Análise bioética do uso de recém-cadáveres na aprendizagem prática em medicina. **Rev Assoc Med Bras**, v. 56, n. 1, p. 11-6, 2010.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim; MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; AMORIM, Rosendo Freitas. O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica. **Rev. bras. educ. med.**, v. 30, n. 2, p. 56-65, 2006.

GOMES, J. O Atual Ensino da Ética para os Profissionais de Saúde e seus Reflexos no Cotidiano do Povo Brasileiro. **Revista Bioética**, Brasília, v. 4, n. 1, nov. 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/396/359>. Acesso em: 07 set. 2014.

GONCALVES, M. F. **Currículo Oculto e Culturas de aprendizagem na formação de professores**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

GRACEY, C. F. *et al.* Precepting humanism: strategies for fostering the human dimensions of care in ambulatory settings. **Academic Medicine**, n. 80, p. 21-8, 2005.

GRACIA, Diego. Ethical case deliberation and decision making. **Medicine, Health Care and Philosophy**, Kluwer Academic Publishers. Printed in the Netherlands, v. 6, p. 227–233, 2003.

GRANT, M. M.; HILL, J. R. Weighing the rewards with the risks? Implementing student-centered pedagogy within high-stakes testing. Disponível em: <http://www.academia.edu/894278/Weighing_the_Risks_with_the_Rewards_Implementing_Student-centered_Pedagogy_within_High_Stakes_Testing>. Acesso em: 10 jan. 2015.

GRAPIGLIA, J. M. **O Currículo na Formação do pedagogo**. Disponível em:

_____. **The psychology of moral development: moral stages, their mature and validity.** San Francisco: Harper & Row; 1984.

KULJU, Kati *et al.* Ethical competence: A concept analysis. **Nurs Ethics**, 9 feb, 2015.

LE BOTERF, G. **Desenvolvendo a competência ética dos profissionais.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

LEBRUN, Jean Pierre. **Clínica da Instituição.** Porto Alegre: CMC, 2009.

LEMOS, Cristiane Lopes Simão. Explicitando o Currículo Oculto da Clínica Integrada. **Pesq Bras Odontoped Clin Integr**, João Pessoa, v. 4, n. 2, p. 105-112, mai./ago. 2004. Disponível em: <<http://eduep.uepb.edu.br/pboci/pdf/Artigo3v42.pdf>>. Acesso em 12 dez. 2014.

LIBANEO, J. C. **Organização e gestão da escola: teoria e prática.** 5. ed. São Paulo: Alternativa; 2004.

LIND, G. An introduction to the Moral Judgement Test (MJT). **Psychology of Morality, Democracy and Education.** Disponível em: <<http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/b-publik.htm>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

MAHEUX, B. *et al.* Medical faculty as humanistic physicians and teachers: the perceptions of students at innovative and traditional medical schools. **Medical Education**, n. 34, p. 630-34, 2000.

MARCONDES, E.; GONÇALVES, E. L. **Educação médica.** São Paulo: Sarvier; 1998.

MARIN, M. J. S. *et al.* O uso do portfólio reflexivo no curso de medicina: percepção dos estudantes. **Rev Bras Educ Méd.**, v. 34, n. 2, p.191-198, 2010.

MASLOW, Abraham. A Theory of Human Motivation. **Psychological Review.** Disponível em: <<http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>>. Acesso em: 02 Fev. 2015.

MEHRABIAN, A.; YOUNG, A. L.; SATO, S. Emotional empathy and associated individual differences. **Current Psychology**, v. 7, n. 3, p. 221-40, 1988.

MEIRA, A. R.; CUNHA, M. M. S. C. O ensino da ética médica em nível de graduação nas faculdades de medicina do Brasil. **Rev Bras Educ Méd.**, v.18, n.1, p.1-48, 1994.

MELO, N. S.; Fé, I. A. M.; PEREIRA, C. A. C.; BARUKI, S.; MESQUITA, W. P. **O ensino da ética médica nas faculdades de medicina brasileiras**. São Paulo: Mimeo, 1986.

MENDONÇA, A. C.; VILLAR, H. C. C. E.; TSUJI, S. R. O conhecimento dos estudantes da faculdade de medicina de Marília (Famema) sobre responsabilidade profissional e segredo médico. **Rev. Bras de Educação Médica**, v. 33, n. 2, p. 221-229, 2009.

MITRE, Sandra M. *et al.* Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação de profissionais em saúde: debates atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, suplemento 2, ano 13, v. 13, p.2133-2144, dez. 2008.

MUSSE, Jamilly O. *et al.* O Ensino da bioética nos cursos de graduação em odontológico estado de São Paulo. **Arq Ciênc Saúde**, 2007 Disponível em: <<http://ricardohenrique.com.br/artigos/ARTIGO%20ARQUIVOSCI%20C3%8ANCIA%20SSA%20C3%9ADE%20bioeticaodonto.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2014.

MUSZKAT, M.; YEHUDA, A. B.; MOSES, S.; NAPARSTEK, Y. Teaching empathy through poetry: A clinically based model. **Med Educ.**, v. 44, p. 503, 2010.

NERY FILHO, Antônio; *et al.* Bioética e literatura: relato de experiência do Eixo ético-humanístico FMB-UFBA. **Rev. bioét.** (Impr.), 2013, v. 21, n. 2, p. 344-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v21n2/a18v21n2.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

NICOLESCU, Basarab. Um novo tipo de conhecimento: Transdisciplinaridade. Palestra proferida no 1º Encontro Catalisador do CETRANS. Escola do Futuro - USP, Itatiba, São Paulo, abril, 1999.

OUSAGER, J.; JOHANSEN, H. Humanities in undergraduate medical education: a literature review. **Academic medicine**, n. 85, p. 988-998, 2010.

PAGANINI, M. C.; EGRY, E. Y. The ethical component of professional competence in nursing: na analysis. **Nurs ethics**, v. 18, n. 4, p. 571-82, 2011.

PAGLIOSAL, F. L.; ROS, Mad. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. The Flexner Report: for Good and for Bad. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 492, n. 32, p. 492–499, 2008.

PALÁCIOS, M.; MARTINS, A.; PEGORARO, O. A. (orgs.). **Ética, ciência e saúde: desafios da bioética**. Petrópolis: Vozes; 2001.

PATIÑO, J. F. **Abraham Flexner y el flexnerismo**. Fundamento imperecedero de la educación médica moderna, 1998. Disponível em: <<http://anm.encolombia.com/flexner.htm>>. Acesso em: 6 fev. 2007.

PENAFORTE, J. John Dewey e as raízes filosóficas da aprendizagem baseada em problemas. *In*: MAMEDE S. *et al.* (orgs.). **Aprendizagem baseada em problemas**: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública/São Paulo: Hucitec, 2001.

PESSALACIA, Juliana Dias Reis; OLIVEIRA, Valéria Conceição de; RENNÓ, Heloíza Maria Siqueira; GUIMARÃES, Eliete Albano de Azevedo. Perspectivas do ensino de bioética na graduação em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 393-8, mar./abr. 2011.

_____. **Entre Quatro Paredes**. Peça em um ato. Tradução e notas de Guilherme de Almeida. 1.ed. São Paulo: Abril S.A.,1977.

SAVERY, J. R. Overview of Problem-based Learning: Definitions and Distinctions. **Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning**. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.7771/1541-5015.1002>>. Acesso em: 18 jan. 2015.

SCHAEFER, Rafaela; JUNGES, José Roque. A construção da competência ética na percepção de enfermeiros da Atenção Primária. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 2, p. 329-34, 2014.

SCHRAMM, Fermin Roland; PALÁCIOS, Marisa; REGO, Sérgio. O modelo bioético principialista para a análise da moralidade da pesquisa científica envolvendo seres humanos ainda é satisfatório? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 2, p. 361-70, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000200011>. Acesso em 20 fev. 2015.

SCHUH, Claudia Maria; ALBUQUERQUE, Isabella Martins de. A ética na formação dos profissionais da saúde: algumas reflexões. **Revista Bioética**, v. 17, n. 1, p. 55-60, 2009.

SCHWELLER, Marcelo. **O ensino de empatia no curso de graduação em medicina**. Tese. Doutorado em Medicina, Universidade de Campinas, São Paulo, Unicamp, 2014.

SEMBEROIZ, Alfredo. **El momento ético**: sensibilidade moral e educação ética. Buenos Aires. Biblos, 2012.

SENNETT, Richard. **A corrosão do caráter**: as conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo! Traduzido por Marcos Santarrita. 6.ed. Rio de Janeiro: Record, 2002.

SERÓDIO, Aloisio Marçal de Barros; ALMEIDA, José Antônio Maia. Situações de conflitos éticos relevantes para a discussão com estudantes de medicina: uma visão docente. **Rev. Bras. Educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, jan./mar. 2009.

SHAPIRO, D. *et al.* Medical Humanities and Their Discontents: Definitions, Critiques, and Implications. *Academic Medicine*. Disponível em: <http://www.meded.uci.edu/medhum/presentations_mh/MH.DISCONTENTS.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2015.

SILVA, Janaina Teixeira Nunes; *et al.* Medida da sensibilidade ética em estudantes de medicina: um estudo na faculdade de ciências médicas da Santa Casa de São Paulo. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 103-109, 2009.

TEIXEIRA, Marcus Zullan. Possíveis contribuições do modelo homeopático à humanização da formação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, n. 3, p. 465-74, 2009.

TELLES DE MELO, Flávio. **Pressupostos fundamentais da intersubjetividade na ética do discurso de Habermas**. Dissertação. Universidade Estadual do Ceará. 2007. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaf/dmdocuments/Dissertacoes2007_Pressupostos_intersubjetividade_habermas.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2014.

TUTUNJI, Valdi Lopes. Pedagogia da Libertação: o caso do ensino médico. **Rev. Bras. Educ. Méd.**, v. 33, n. 3, p. 483-6, 2009.

VALLS, Álvaro L. M. **Da ética à bioética**. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

VENTURELLI, José. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. **Serie PALTEX Salud y Sociedad**, n. 5, 2000.

WEAVER, Kathryn. Ethical Sensitivity: State of Knowledge and Needs for Further