

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

Márcio Rodrigues de Castro

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA MORAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Belo Horizonte

2019

Márcio Rodrigues de Castro

AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA MORAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde da Universidade José do Rosário Vellano para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

**Orientador: Prof. Dr Alexandre de Araújo Pereira.
Co-orientadora: Profa. Dra Cristina Gonçalves Alvim.**

Belo Horizonte

2019

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Itapoã
Conforme os padrões do Código de Catalogação Anglo Americano (AACR2)

61-057(043.3)

C355a Castro, Márcio Rodrigues de.

Avaliação da competência moral de estudantes de Medicina.
[manuscrito] / Márcio Rodrigues de Castro. -- Belo Horizonte, 2019.

89p. : il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade José do Rosário Vellano,
Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ensino em Saúde,
2019.

Orientador : Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira.

1. Educação Médica. 2. Ética Médica. 3. Desenvolvimento Moral.
4. Princípios Morais. 5. Análise Ética. I. Pereira, Alexandre de Araújo. II.
Título.

Bibliotecária responsável: Kely A. Alves CRB6/2401



Presidente da Fundação Mantenedora - FETA

Larissa Araújo Velano Dozza

Reitora

Maria do Rosário Velano

Vice-Reitora

Viviane Araújo Velano Cassis

Pró-Reitor Acadêmico

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Pró-Reitora Administrativo-Financeira

Larissa Araújo Velano Dozza

Pró-Reitora de Planejamento e Desenvolvimento

Viviane Araújo Velano Cassis

Diretor de Pesquisa e Pós-graduação

Mário Sérgio Oliveira Swerts

Vice-diretora de Pesquisa e Pós Graduação

Laura Helena Órfão

Coordenador do Curso de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde

Antonio Carlos de Castro Toledo Jr.

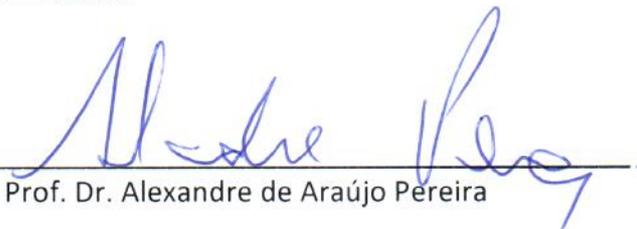
Certificado de Aprovação

“AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA MORAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA”.

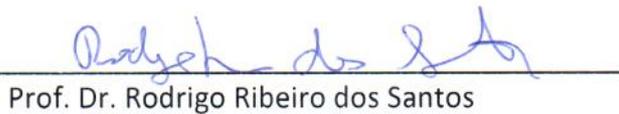
AUTOR: Márcio Rodrigues de Castro

ORIENTADOR: Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de **Mestre Profissional em Ensino em Saúde** pela Comissão Examinadora.



Prof. Dr. Alexandre de Araújo Pereira

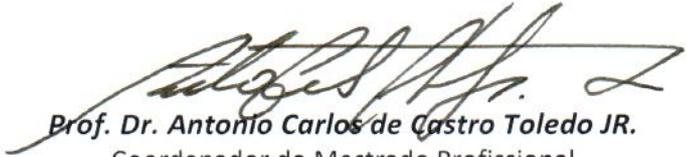


Prof. Dr. Rodrigo Ribeiro dos Santos



Profa. Dra. Patrícia Unger Raphael Bataglia

Belo Horizonte, 22 de fevereiro de 2019.



Prof. Dr. Antonio Carlos de Castro Toledo JR.
Coordenador do Mestrado Profissional
Em Ensino em Saúde
UNIFENAS

“Aos que me incitam a crer em meus sonhos”

Márcio Castro, Formatura em Medicina,

UFMG, dezembro/1995

AGRADECIMENTOS

Agradeço e dedico este trabalho a todos que me incitam a crer e a lutar por meus sonhos...

De forma muito especial, agradeço a minha esposa e a meus filhos pelo apoio incondicional, pela solidariedade e pela paciência com este (não tão jovem) estudante, pelo desprendimento e pela tolerância diante do nosso precioso tempo que fora abduzido pelas viagens e longas horas de estudo. E sobretudo, agradeço a vocês, pelo amor e por se manterem como fonte de inspiração, motivação e aprendizado mútuo. Nada faria sentido se não por e com vocês.

Agradeço ao professor Alexandre Pereira, meu orientador, pela confiança depositada e pelo constante apoio a meus projetos e a minhas elucubrações, mesmo quando pareciam tão incertos e abstratos, e fez-me acreditar que eram possíveis.

À professora Cristina Alvim, amiga e coorientadora, pelas preciosas colaborações e incentivo.

Ao professor e amigo Alexandre Moura que me incentivou a ingressar no mestrado, fazendo-me retornar à academia, em nome do qual agradeço aos demais professoras/es.

Aos colegas de caminhada que partilharam este precioso período com tantas experiências.

À professora Patrícia Bataglia que me apresentou e ajudou a compreender as teorias do Dr. Georg Lind e o MCT.

Ao consultor estatístico Antônio, à acadêmica Priscila e aos amigos-educadores Marilene, Francisvaldo e Marcelo pelas inestimáveis contribuições no desenvolvimento deste trabalho.

Aos queridos amigos do Vale do Aço, pela solidariedade e apoio, aos amigos da Educafro e do NDH da Unimed Vale do Aço, e a tantos outros companheiros que me apoiaram nestas aventuras acadêmicas.

Por fim, ressalto e agradeço pessoas muito especiais que sempre me inspiraram, meus pais (João Luiz e Selma), meus irmãos, destes carinhosamente o eterno Juninho....

“E, o que são sonhos sonhados para uma opção profissional, quando os sonhos implicam e comprometem a totalidade da vida?

Ceder-se, entregar-se aos apelos dos sonhos, construídos com olhos abertos, é manifesta opção ao risco, ao imprevisível, porque os sonhos não se constroem com o determinismo dos cálculos. Permitir-se, deliberadamente, lançar-se pelo caminho profissional ao impulso do sonho é ceder-se ao apelo de uma vocação, de um chamamento, de uma missão, de um desejo de alterar a ordem estabelecida.

Este sonho de olhos abertos não é inconsciente, mas carregado das consequências de quem vê e sente, não se conforma com uma realidade social que constrange este jovem médico.”

João Luiz Sampaio de Castro,
(*In Um jovem que se permite sonhar*, 1996)

“(…) um retrato de um homem cuja história se pode resumir, simplesmente, em ser uma pessoa desconfortada com a ordem, por enquanto, prevalente nesta nossa pátria. Mas um homem que não se arrefece na esperança, que acredita que compromisso político é arregaçar as mangas para transformar o mundo, segundo o espírito da solidariedade.”

Homenagem a João Luiz Sampaio de Castro
(meu pai - *in memoriam*)

RESUMO

Introdução: o estudo da ética na medicina tem sido muito valorizado nas recentes plataformas curriculares, alinhado à formação integral e humanística. Entretanto, há lacunas acerca das estratégias de ensino e de avaliação. Vários autores sugerem estagnação ou regressão da competência moral na graduação médica, na maioria avaliados sob ótica das teorias cognitivo-evolutivas. Destaca-se o Teste de Competência Moral (MCT) de Lind que avalia “a capacidade de tomar decisões e emitir juízos morais (baseados em princípios internos) e agir de acordo com tais juízos”, compreendendo aspectos cognitivo e afetivo da moral. **Objetivo:** 1) avaliar a competência moral de estudantes de medicina; 2) comparar diferenças da competência moral dos estudantes em diferentes momentos do curso; 3) identificar aspectos sociodemográficos, curriculares, acadêmicos e extracurriculares relacionados à competência moral dos estudantes; 4) discutir a aplicabilidade da ferramenta de avaliação da competência moral entre os estudantes. **Métodos:** estudo quantitativo observacional transversal, com 139 alunos do 1º e 5º períodos e último ano do curso de medicina. Foram aplicados 2 questionários: o MCTxt (versão estendida do MCT, com três dilemas, em português), e outro com dados sociodemográficos, acadêmicos e extracurriculares. Foram realizadas análises estatísticas pela ANOVA e por modelo de regressão linear, considerando nível de significância estatística $p < 0,05$. **Resultados:** as médias de escores C-total MCTxt foram baixas nos três períodos avaliados, variando de 15,7, no 1º período, a 11,0, no último ano e, em análise univariada, a média do 1º período foi estatisticamente superior aos demais. Entretanto, na análise multivariada, com correlação entre períodos, dilemas e escores, observou-se que a média dos escores C-segmentados para os dilemas do operário e do juiz foram semelhantes e estatisticamente superiores à do médico, independentemente do período, e este dilema influenciou negativamente o escore global. Não foi detectada correlação relevante entre as variáveis sociodemográficas, acadêmicas e extracurriculares avaliadas com o escore de competência moral. **Conclusões:** o estudo detectou escores de competência moral baixos em todos períodos avaliados, com declínio ou estagnação no decorrer do curso, e “fenômeno de segmentação” do MCT, com comportamento destoante e inferior do “dilema do médico”; e não identificou correlação relevante das variáveis sociodemográficas e curriculares/extracurriculares com o desfecho escore de competência moral.

Palavras-chave: Educação Médica. Ética Médica. Desenvolvimento Moral. Princípios Morais. Análise Ética.

ABSTRACT

Introduction: the medical ethics study has been highly appreciated in recent curricular platforms, aligned to integral and humanistic training. However, there are gaps about the teaching and assessment strategies. Several authors suggest stagnation or regression of moral judgment during medical graduation, mostly evaluated from the perspective of cognitive-evolutionary theories. The Moral Competence Test (MCT) of Lind is highlighted to assess "the capacity to make decisions and judgments which are moral (i.e., based on internal principles) and to act in accordance with such judgments", including cognitive and affective aspects of morality. **Objective:** 1) to evaluate the moral competence of medical students; 2) comparing differences in students' moral competence at different times of the course; 3) identify sociodemographic, curricular, academic and extracurricular aspects related to students' moral competence; 4) discuss the application of evaluation instruments of moral competence among students. **Methods:** cross-sectional quantitative study with 139 students from the 1st and 5th semesters and the last year of the medical course. Two questionnaires were applied: the MCTxt (extended version of MCT, with three dilemmas, in portuguese) and other with sociodemographic, academic and extracurricular data. Statistical analyses were performed by ANOVA and by linear regression model, considering statistical significance level $p < 0.05$. **Results:** the mean MCTxt C-total scores were low in the three periods evaluated, ranging from 15.7 in the 1st period to 11.0 in the last year, and the mean scores in the 1st period were statistically higher than the others in the univariate analysis. However, in the multivariate analysis of correlation between periods, dilemmas and scores, it was observed that the mean C-segmented score for the dilemmas of the worker and the judge were similar and statistically superior to the doctor, regardless of the period, and this last one influenced negatively the overall score. No significant correlation was detected between sociodemographic, academic and extracurricular evaluated variables with the moral competence score. **Conclusions:** the study has identified mean scores of MCT low in all evaluated periods with regression or stagnation of moral competence during the medicine course; it has detected an offbeat and lower performance of "doctor's dilemma", characterizing the "segmentation phenomenon" of MCT, and identified no significant correlation of sociodemographic, curricular and extracurricular variables with the final score of moral competence.

Keywords: Ethics. Medical. Education. Medical. Moral Development. Moral status. Ethical Analysis.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	– Teoria do duplo aspecto do desenvolvimento moral	19
Figura 2	– O padrão de resposta de dois participantes com diferentes escores de competência moral	23
Figura 3	– Variação dos escores de avaliação moral, comparando nove estudos com estudantes de medicina (#1 a #9) com alunos de outros cursos	34
Figura 4	– Comparação dos escores de avaliação moral de estudantes de medicina do 1º período de estudos em diversos contextos	61
Gráfico 1	– Bloxpot com os escores C-total do MCT por período do curso	51
Gráfico 2	– Bloxpot com os escores C-segmentado do MCT com Dilemas Operário/Juiz por período do curso	52
Gráfico 3	– Bloxpot com os escores C-segmentado do MCT, com Dilema do Juiz por período do curso	52
Gráfico 4	– Bloxpot com os escores C-segmentado do MCTxt por período do curso	56
Gráfico 5	– Bloxpot com os escores C-segmentado do MCTxt por dilema	56
Quadro 1	– Postulados do teste de competência moral, baseados na teoria do duplo-aspecto do desenvolvimento moral	21
Quadro 2	– Exemplo de estruturação de um dilema do teste de competência moral	22

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos alunos, por período do curso e no geral	48
Tabela 2	–	Análise descritiva dos dados de atividades acadêmicas e extracurriculares dos alunos, por período do curso e no geral	49
Tabela 3	–	Análise comparativa entre os períodos do curso dos alunos no que tange aos escores C-total e segmentado do MCTxt	50
Tabela 4	–	Análise comparativa entre classificação por categorias do escore C-total do MCTxt e período do curso	53
Tabela 5	–	Análise comparativa entre classificação por categorias do escore C-segmentado do MCTxt com dois dilemas operário / juiz e período do curso	54
Tabela 6	–	Avaliação da influência dos fatores período do curso e dilemas nas médias dos escores C-segmentado do MCTxt	55
Tabela 7	–	Análise de correlação entre os três dilemas do teste de competência moral.	57

LISTA DE ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E SIGLAS

ANOVA	Análise de Variância
BH	Belo Horizonte/MG
CEM	Código de Ética Médica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CFM	Conselho Federal de Medicina
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DIT	<i>Defining Issues Test</i>
EC	Ética do Cuidado
H0	Hipótese Nula
HA	Hipótese Alternativa
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
KMDD	<i>Konstanz Method of Dilemma Discussion</i>
MCT	<i>Moral Competence Test</i>
MCTxt	<i>Moral Competence Test</i> – versão estendida
MEC	Ministério da Educação
MJI	<i>Moral Judgment Interview</i>
MJT	<i>Moral Judgment Test</i>
p	Probabilidade de significância estatística
PBL	<i>Problem Based Learning</i>
PIT	<i>Problem Identification Test</i>
<i>r</i>	Coefficiente de correlação de <i>Pearson</i>
R ²	Variabilidade Explicada
SRM	<i>Sociomoral Reflection Measure</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIFENAS	Universidade José do Rosário Vellano
VIF	Fatores de Inflação de Variância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	REFLEXÕES TEÓRICAS: REPENSANDO A ÉTICA NA FORMAÇÃO MÉDICA	15
2.1	O percurso da ética à competência moral	15
2.2	Instrumentos de avaliação da moralidade	19
2.2.1	<i>Teste de Competência Moral</i>	20
2.3	Ética e moral na educação médica	25
2.3.1	<i>Ética do cuidado</i>	29
2.3.2	<i>Estudos do desenvolvimento moral na formação médica</i>	33
3	JUSTIFICATIVA	39
4	OBJETIVOS	40
4.1	Objetivo geral.....	40
4.2	Objetivos específicos.....	40
5	METODOLOGIA	41
5.1	Desenho do Estudo	41
5.2	População e Amostra	41
5.3	Cenário de desenvolvimento do estudo	41
5.4	Critérios de inclusão e de exclusão	42
5.5	Procedimentos e coleta de dados	42
5.5.1	<i>Estudo piloto</i>	43
5.6	Resumo da metodologia de análise estatística empregada	43
5.8	Aspectos éticos	46
6	RESULTADOS	47
6.1	Análise descritiva da população estudada	47
6.2	Avaliação dos escores de competência moral (total e segmentado por dilema) dos estudantes de medicina e análise de comparativa entre os períodos do curso	49

6.3	Análise comparativa entre os períodos do curso dos alunos e os escores de competência moral classificados por categoria	53
6.4	Avaliação da influência do período do curso e dos dilemas nos escores segmentados por Dilema do MCTxt	54
6.5	Análise da relação das variáveis sociodemográficas e acadêmicas com os escores de competência moral	57
7	DISCUSSÕES	59
7.1	Considerações sobre a população estudada – análise amostral	59
7.2	Avaliação dos escores de competência moral dos alunos de medicina	59
7.3	Discussão sobre estagnação e declínio moral na graduação médica	63
7.4	A performance do Teste de Competência Moral na avaliação de estudantes de medicina	65
7.5	Relação das variáveis sociodemográficas e acadêmicas com a competência moral	66
7.6	Outras considerações: limitações e perspectivas sobre o estudo	67
8	CONCLUSÕES	69
9	APLICABILIDADE	70
	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	78
	ANEXO	90

1 INTRODUÇÃO

A discussão da ética é um tema que, historicamente, tem instigado a humanidade, destacadamente na filosofia, na qual é objeto constante de debate desde os filósofos clássicos. Na medicina, por sua vez, embora nunca desprezada, parece não ter acompanhado o desenvolvimento técnico-científico na graduação médica no último século. Desde o “Relatório Flexner” (COOKE et al., 2006), marco da educação médica do início do século XX, as faculdades de medicina deram ênfase acentuada aos aspectos científicos e assistencial, muitas vezes, em detrimento do desenvolvimento moral do estudante de medicina. Neste período, a formação ética se manteve, usualmente, desarticulada e delegada ao “currículo oculto” (ECKLES et al., 2005). Nas últimas décadas, contudo, o debate da Ética Médica tem sido retomado com novos contornos, aliando novas propostas de abordagens no contexto acadêmico a um maior questionamento e demanda pela sociedade. Neste ínterim têm tomado lugar discussões sobre reestruturação dos currículos de graduação em medicina, na qual a formação ética tem sido, cada vez mais, valorizada nas recentes plataformas curriculares, contemplando uma formação médica alinhada com princípios éticos, reflexivos e humanísticos (BRASIL, 2014). Assim, em uma visão mais contemporânea, a ética tem sido destacada ao lado de outros valores associados a “humanidades médicas”, como profissionalismo e responsabilidade social ou *accountability*. (DOUKAS et al, 2012; MAHAJAN et al., 2016). Ou ainda, como a “Ética do Cuidado”, sob uma perspectiva humanista, que contempla valores como empatia e autonomia (SILVA, 2001).

Uma questão importante, que vem despontando e contribuindo para retomar o debate sobre o ensino da ética médica, são os indícios de que o modelo tradicional de ensino parece inibir o desenvolvimento moral dos estudantes. Dado que, estudos recentes, em vários países e, sobretudo, no Brasil, sugerem que haja ocorrência de estagnação ou de declínio moral no decorrer da formação médica (LIND, 2000a). Assim, muitos autores que demonstram este declínio moral têm proposto avaliações do julgamento moral, sob a ótica das teorias cognitivo-evolutivas de Piaget e Kohlberg. Um instrumento avaliativo de destaque, o Teste de Competência Moral (MCT), desenvolvido pelo Dr. Georg Lind, avalia “a capacidade de tomar decisões e emitir juízos morais (baseados em princípios internos) e agir de acordo com tais juízos”. Esse instrumento, já traduzido e validado no Brasil, tem sido amplamente utilizado para avaliação de competência moral em estudantes de medicina. Assim, a competência moral,

surge como um aspecto da ética passível de avaliação e como o melhor preditor do ato (ou ação) moral (BATAGLIA, 2010).

Diante dos desafios colocados, como o inadequado desenvolvimento moral propiciado pela formação médica, propõe-se, por este estudo, analisar a ocorrência de declínio da competência moral no decorrer dela. E, ainda, esclarecer se tal fenômeno estaria associado às condições socioeconômicas ou de outros aspectos da trajetória de vida dos alunos, como experiências acadêmicas e extracurriculares. Propõe-se, ainda, observar a aplicabilidade do teste de competência moral (MCT) na contemporaneidade e neste contexto populacional.

Para tal, foi desenvolvido, no ano de 2018, no âmbito do programa de Mestrado de Ensino em Saúde da UNIFENAS, um estudo observacional transversal, abordando estudantes de medicina de três etapas do curso de uma faculdade particular de Minas Gerais e empregando dois questionários: o MCTxt (versão estendida do MCT, com três dilemas, em português) e um questionário com dados sociodemográficos, acadêmicos e extracurriculares. Seu objetivo é avaliar a competência moral dos estudantes de medicina; comparar as mudanças da competência moral entre estudantes em diferentes momentos do curso; identificar aspectos sociodemográficos ou de trajetória de vida que possam estar relacionados à competência moral dos alunos; e discutir a aplicação das ferramentas de avaliação da competência moral entre estudantes.

O panorama atual sugere que a graduação médica parece não propiciar a formação de profissionais suficientemente capacitados a enfrentar os desafios éticos da sociedade contemporânea (REGO, 2003). Sugere-se, assim, que a formação ética não tenha acompanhado o desenvolvimento científico-tecnológico da medicina, observado nas últimas décadas, deixando lacunas para compreensão destes processos educacionais e dos novos desafios impostos pela contemporaneidade. Espera-se, com este estudo, contribuir para o desenvolvimento de melhores estratégias educacionais e avaliativas, mais efetivas e adaptadas à sociedade contemporânea. Para tal, busca certificar se este fenômeno ocorre em distintos contextos acadêmicos, esclarecer fatores que o influenciem e melhorar o conhecimento sobre as ferramentas avaliativas. Desta forma, espera-se contribuir para o desenvolvimento de melhores estratégias avaliativas e de ensino-aprendizagem mais efetivas da ética médica, adequando-os à contemporaneidade e a suas exigências profissionais e sociais.

2 REFLEXÕES TEÓRICAS: REPENSANDO A ÉTICA NA FORMAÇÃO MÉDICA

2.1 O percurso da ética à competência moral

A ética é objeto constante de debate e discussões, especialmente no campo da medicina, em cuja formação e exercício se observam elevadas exigências e expectativa moral. Neste contexto, o estudo da ética pode se refletir na análise da moralidade, sob diversos aspectos incluindo o julgamento, o raciocínio, a competência e, por fim, o comportamento moral. Embora faça parte do cotidiano da sociedade, seus complexos conceitos se entrelaçam e, por vezes, parecem pouco objetivos. Assim, para iniciar tal discussão, faz-se importante a compreensão e alinhamento de alguns conceitos, através do percurso da ética, desde a filosofia clássica, à competência moral, na educação contemporânea.

Na Grécia antiga, a ética foi objeto recorrente de estudos dos filósofos, desde então, muito relacionada à virtude e à moral. Como Aristóteles (apud NOVAES, 1992, p. 9), no livro II da *Ética a Nicômano*, definia que “a moralidade não está apenas na ordem do *logos*, mas também no *páthos* [paixão] e no *éthos* [os costumes, de onde vem a palavra ética]”. Para ele, a ética seria a “ciência dos valores da ação”, estando relacionada à virtude ou ação dos homens bons, pois esta ação estaria intrinsecamente relacionada à moral. Assim, reafirma Novaes (1992), no conceito aristotélico a virtude tem, em sua origem o exercício prático, a ação; sendo que é a ação que dá sentido à moral.

Por sua vez, Loraux (1992, p. 30) concluiu:

[...] distinguiria de bom grado entre ética e moral, caracterizando esta como o conjunto dos valores e das pressões comumente observados por um grupo, aquela como sempre por construir, no que é perpetuo esforço por superar a moral, presa em sua estreita dependência em relação à sociedade.

Lepre (2005), em sua tese de doutorado, discute a questão da ética e moralidade, com enfoque na educação, tendo como referenciais teóricos Kant, Piaget e Kohlberg, que serão abordados mais adiante. Em sua tese, a autora apresenta de forma concisa e muito didática, uma distinção entre ética e moral.

Um esclarecimento que se faz necessário é a distinção entre ética e moral, ainda que em alguns contextos esses termos apareçam como sinônimos. A moral é o sistema de regulamentação das relações entre os indivíduos, sendo uma forma de comportamento humano presente em todos os tempos e em todas as sociedades. Mas a moral não deve ser entendida como um sistema normativo único, válido para todos os tempos e todos

os homens. Segundo Vázquez (1997) a moral é uma forma específica de comportamento humano, cujos agentes são os indivíduos concretos que agem moralmente quando em sociedade, sendo que a moral existe necessariamente para cumprir uma função social. A ética, por sua vez, é a teoria ou ciência do comportamento moral dos homens em sociedade. A ética inscreve-se no campo da reflexão, pois os homens além de agir moralmente refletem sobre seu comportamento prático e o tomam como objeto de sua reflexão e de seu pensamento. (LEPRE, 2005, p. 44-45).

Desta forma, historicamente, a discussão da ética se dá, tendo como foco o comportamento, conduta ou ação moral na vida em sociedade. Assim, o estudo da ética implica na compreensão do comportamento humano e, por consequência, as condições a ele relacionadas como o julgamento ou raciocínio moral. Lepre (2005) discute a dialética kantiana sobre ética e moral e a formulação do conceito de imperativo categórico.

Segundo Kant, a moral é regida por três grandes princípios: a universalidade da lei, a dignidade absoluta do indivíduo humano e a autonomia da vontade, sendo a liberdade um postulado da lei moral pautada no imperativo categórico. O imperativo categórico é a lei máxima, na qual a razão deve apoiar-se para que um ato ou pensamento seja considerado moral. A formulação do imperativo categórico kantiano é regida pelas seguintes premissas: agir de forma que a máxima de nossos atos possa valer como um princípio de lei geral e não tratar as pessoas como um meio, mas como um fim em si mesmo. (LEPRE, 2005 p. 44)

De outra forma, o estudo da moralidade vem se fortalecendo, no campo acadêmico, desde os anos 1970. Destacando-se os estudos relacionados à educação moral, a psicologia da moralidade e o desenvolvimento moral, sobretudo associados às teorias cognitivo-evolutivas. Assim, de forma complementar e sustentadas em princípios kantianos, como da autonomia, advieram as proposições de Piaget (1994) e Kohlberg, sobre julgamento e desenvolvimento do raciocínio moral. Ambas as teorias, concernentes ao desenvolvimento cognitivo da moralidade, pressupõem a noção de justiça e de interação social e ambiental (LEPRE, 2005), podem ser considerados essenciais e preditores da conduta moral e cujas análises se prestam para avaliação de valores morais, e indiretamente éticos.

Primariamente, a teoria sobre o julgamento moral de Piaget contempla duas tendências morais: a heteronomia e a autonomia (LEPRE, 2005, p. 49):

A heteronomia pode ser definida como a obediência cega às regras sem, contudo, ter consciência de seu significado. Ser heterônomo é o mesmo que ser guiado por regras que vêm dos outros (hetero=outro, nomia=regra) e que não são construídas e elaboradas pelo próprio sujeito. [...] A autonomia, ao contrário, pode ser definida como o respeito a determinadas regras que o próprio indivíduo construiu para si baseado em princípios de igualdade. Para Kant, é somente a autonomia que pode garantir a dignidade a qualquer ser humano, pois, entre outras prega a máxima de que devemos pensar sempre nos outros como um fim em si mesmo e não como um meio para que consigamos realizar nossas vontades. Assim sendo, a autonomia é uma forma

de se relacionar com a humanidade que pressupõe descentralização, fundando-se exclusivamente na razão, segundo a visão kantiana.

Por sua vez, considerando, tal como Piaget, que os conceitos de autonomia e heteronomia eram insuficientes como classificação do raciocínio moral, Lawrence Kohlberg aprofundou os estudos sobre o desenvolvimento e classificação do raciocínio moral. Sua teoria, tem como pressuposto as transformações das estruturas cognitivas, que em interação com o meio, conduzem evolutivamente a formas superiores de equilíbrio, o que foi definido como estágios (BATAGLIA et al., 2010). Como exposto por Biaggio (1997, p. 47-48):

A teoria de julgamento moral de Kohlberg é única pelo fato de postular uma sequência universal, da qual os estágios mais altos (5 e 6) constituem o que ele chamou de pensamento pós-convencional. Ao contrário da maior parte das explicações sociais e psicológicas, que consideram a internalização de valores da sociedade como o ponto terminal do desenvolvimento moral (perspectivas de Durkheim, Freud e do behaviorismo), para Kohlberg **a maturidade moral é atingida quando o indivíduo é capaz de entender que a justiça não é a mesma coisa que a lei; que algumas leis existentes podem ser moralmente erradas e devem, portanto, ser modificadas.** Todo indivíduo é potencialmente capaz de transcender os valores da cultura em que ele foi socializado, ao invés de incorporá-los passivamente. Este é o ponto central na teoria de Kohlberg e que representa a possibilidade de um terreno comum com teorias sociológicas cujo objetivo é a transformação da sociedade. O pensamento pós-convencional, enfatizando a democracia e os princípios individuais de consciência, parece essencial à formação da cidadania.

O constructo de Kohlberg permite a classificação do raciocínio moral em seis estágios evolutivos, agrupados em três níveis (pré-convencional, convencional e pós-convencional). Essa classificação considera como centro da moralidade a justiça e a conduta moral, que estariam interligadas ao raciocínio moral, entretanto sem contemplar as emoções (LEPRE, 2005; BIAGGIO, 1997). Assim, tem-se sequencialmente:

- Nível pré-convencional: no qual o certo e o errado apoiam em seus interesses pessoais e o medo de punição, contemplando os estágios 1 e 2, respectivamente referidos como da “moralidade heterônoma” e do “individualismo”;
- Nível convencional: a ação moral é baseada em convenções e regras sociais, inclui o estágio 3 considerado o “bom menino” e o 4 da “manutenção da ordem social”;
- Nível pós-convencional: o raciocínio moral é guiado por princípios morais universais, com reciprocidade e igualdade, divide-se em estágio 5 do tipo “contratual-legalista” e 6, este, mais evoluído, é caracterizado pelos “princípios éticos universais”.

Além destes seis estágios, Kohlberg propôs os subestágios, A e B, sendo possível distinguir dentro de um mesmo estágio duas formas de raciocínio. Respectivamente, uma de orientação

heterônoma, baseada em regras e na autoridade; e outra com orientação autônoma, baseada em princípios de justiça, igualdade e reciprocidade. Assim, um indivíduo do estágio 3, com orientação autônoma, estará mais propenso a uma conduta moral baseada em seus próprios conceitos, do que um indivíduo de estágio 4, com orientação heterônoma (BATAGLIA et al., 2010).

Uma outra questão importante abordada por Kohlberg é a da conduta moral. Atuar de forma moralmente alta requer um alto nível de raciocínio moral. Não se pode seguir princípios morais (estágios 5 e 6) se não se entende ou não se crê neles. No entanto, é possível raciocinar, levando em conta tais princípios, sem viver de acordo com eles. Ainda que um estágio moral alto seja um bom prognóstico para a ação moral, não há pesquisas que confirmem empiricamente tal hipótese. [...]Blasi (1980), citado por Kohlberg (1992), realizou uma extensa pesquisa onde verificou publicações sobre a relação entre o juízo e a ação moral, chegando à conclusão de que a maioria dos estudos que se utilizam da teoria de Kohlberg apontam relações entre um alto estágio de raciocínio moral e a conduta moral, incluindo dimensões como a honestidade, resistência à tentação, conduta altruísta e pró-social. (LEPRE, 2005, p. 62-63).

Entretanto, compreendendo que o julgamento moral, restrito unicamente à esfera cognitiva, não seria suficiente para determinar a ação moral, Piaget e Kohlberg defenderam que as dimensões cognitivas e afetivas do comportamento moral são distintas, mas indissociáveis, indo além das medidas cognitivo-comportamentais (LIND, 2000b). Assim, contemplando os aspectos cognitivo e afetivo da moral, Kohlberg desenvolveu o conceito de **Competência Moral**, definida como “**a capacidade de tomar decisões e emitir juízos morais (baseados em princípios internos) e agir de acordo com tais juízos**” (KOHLBERG, 1984 apud LIND, 2000b, p. 404). Este constructo é considerado de extrema importância no estudo da moralidade ao “transformar teoria e técnica em uma *práxis* que seja socialmente comprometida” (BATAGLIA, 2010, p. 84) e ao demonstrar a necessidade de compreender a disposição para ação moral, no contexto de conflitos morais e em situações sociais.

Este conceito de competência moral é considerado revolucionário e representativo de uma mudança de paradigma, pois segundo Lind (2008, p. 190):

- Pela primeira vez, a moralidade é definida em termos de competência (ou habilidade ou capacidade) em vez de meramente como uma atitude ou valor e, por isso, a separação infeliz entre o cognitivo eo domínio afetivo de comportamento é superado.
- O comportamento moral é definido em referência aos princípios morais internos e aceitos de um sujeito, e não às normas e aos padrões sociais externos (como na definição de moralidade de conformidade de regras).
- A promulgação de um julgamento é parte integrante da definição, fazendo com que todos os três aspectos (afetivo, cognitivo e comportamental) façam parte de uma definição adequada, em vez de vê-los como componentes separados, que podem ser observados ou medidos isolados um do outro.

Assim, Lind sintetiza o relacionamento destes aspectos do comportamento moral através da teoria do duplo-aspecto do desenvolvimento moral (FIG. 1), que a orientação moral (aspecto afetivo) e a competência moral (aspecto cognitivo) são essenciais para descrever, medir e promover o comportamento e o desenvolvimento moral (LIND, 2016).

Figura 1 – Teoria do duplo-aspecto do comportamento moral



Nota: Adaptado de Lind (2016, p. 52)

2.2 Instrumentos de avaliação da moralidade

As estratégias avaliativas são uns dos maiores desafios do estudo da ética e da moralidade e de sua aplicação na educação. Com o fortalecimento da psicologia da moralidade e ampliação das pesquisas sobre o desenvolvimento moral, a partir da década de 1970, surgiram as ferramentas avaliativas, sobretudo, embasadas nas teorias cognitivo-evolutivas. Um dos principais estudiosos, Kohlberg, formulou uma ferramenta avaliativa, a *Moral Judgment Interview* (MJI), baseada na teoria de desenvolvimento do raciocínio moral, que respaldou o desenvolvimento de vários outros instrumentos de avaliação do juízo e da competência moral. Atualmente, estes são alguns dos instrumentos de avaliação da moralidade mais comumente citados na literatura nacional e internacional (BATAGLIA et al., 2010).

A “Entrevista do Julgamento Moral” é uma entrevista oral semiestruturada para avaliação juízo moral e baseada em três dilemas hipotéticos, com valores em conflito. Ela permite identificar a problemática, a norma e o elemento utilizados na resposta do entrevistado, possibilitando a construção do perfil moral e, assim, permite a classificação nos três níveis (pré-convencional, convencional e pós-convencional) e seis estágios de desenvolvimento moral, previamente citados. Sua aplicação dura cerca de uma hora e sua avaliação, dependente de análises qualitativas, foi padronizada através do *Standardized Scoring Manual*, que permite a atribuição dos estágios morais. Ela foi amplamente empregada e debatida na literatura internacional, como Rest (1999 apud BATAGLIA et al., 2010) e no Brasil, por autores como Biaggio (1997), Bataglia (2010) e Lepre (2005), sendo criticada por sua aplicação e pela complexidade da

codificação. O MJI também é questionado devido a suas limitações na compreensão de todos domínios morais, ao focar estritamente na justiça, e por restringir à análise cognitiva, sem contemplar os aspectos afetivos da moralidade e por negligenciar os valores pessoais como religião e capacidade empática (BATAGLIA et al., 2010).

Tendo em vista as limitações discutidas do MJI, em especial a complexidade de aplicação e interpretação, diversos autores propuseram ferramentas avaliativas derivadas da teoria de Kohlberg. Rest (1986), a partir de uma abordagem “neo-kohlbergiana”, apresentou o *Defining Issues Test* (DIT), traduzido em português como “Teste do Julgamento de Situações” e, posteriormente, “Opiniões sobre Problemas Sociais”. Esta ferramenta, também baseada em dilemas morais, traz alternativas hierarquizadas de solução dos dilemas e permite obter um escore, que mantém relação com os estágios de desenvolvimento moral de Kohlberg. São descritas como suas vantagens - a melhor aplicabilidade, com correção objetiva e computadorizada, e nova classificação do desenvolvimento moral, em distinto formato que contempla outros aspectos da moralidade além da justiça. O DIT, que calcula a proporção de respostas pós-convencionais de modo objetivo, ainda permite estudos com grandes amostras. Entretanto, esta ferramenta já foi empregada em inúmeros estudos, com adaptações, citadas como DIT-1, DIT-2 ou versões regionalizadas. Algumas destas versões, como a brasileira, foram questionadas devido aos baixos índices em testes de fidedignidade, além de se mostrarem muito sensíveis à variação dos contextos sociais (BATAGLIA et al., 2010).

Além destas, outras ferramentas foram desenvolvidas para avaliação do raciocínio moral, sua maioria, também, derivada das teorias de Kohlberg, como o *Sociomoral Reflection Measure* (SRM) de Gibss, o *Problem Identification Test* (PIT) de Hebert e o *Moral Competence Test* (MCT) de Lind. Estas, ao lado do MJI de Kohlberg, DIT de Rest, dentre outras, têm sido amplamente relatadas para a avaliação da formação ética, inclusive em estudantes de medicina (LIND, 2008; ECKLES et al., 2005; BATAGLIA et al., 2010).

2.2.1 Teste de Competência Moral

Considerando o conceito mais moderno de competência moral como “a capacidade de resolver problemas e conflitos com base em princípios morais internos, por meio de deliberação e discussão, em vez de violência e engano” (LIND, 2016), o Dr. Georg Lind desenvolveu o MCT, originalmente *Moral Judgment Test* (MJT), um instrumento para medir simultaneamente os

aspectos cognitivo, afetivo e atitudinal da moralidade. O MCT que aborda “um aspecto do desenvolvimento moral que não é contemplado pelos demais instrumentos de avaliação moral existentes, ou seja, avalia a capacidade do sujeito em aplicar a estrutura de juízo em situações adversas” (BATAGLIA et al., 2010, p. 29). Este teste é fundamentado na teoria do duplo aspecto do desenvolvimento moral, cujos postulados estão expressos no QUADRO 1.

Quadro 1 – Postulados do teste de competência moral, baseados na teoria do duplo-aspecto do desenvolvimento moral

“Indissociabilidade”	os mecanismos afetivos e cognitivos são inseparáveis, embora distintos e devem ser avaliados conjuntamente;
“Tarefa Moral”	O instrumento deve conter dilemas morais, que exige competência moral para deliberar sobre argumentos a favor e contra sua opinião;
“Não falseabilidade”	Deve ser resistente ao falseamento positivamente por instruções;
“Sensibilidade a Mudança”	Ser sensível a mudanças reais, sejam ascendentes ou descendentes, contempla a possibilidade de mudança para estágios inferiores ou erosão da competência moral;
“Princípios Morais Internos”	Refletir os princípios morais internos, não sendo influenciado por expectativas externas;
“ <i>Quase-simplex</i> ”	Classificações devem manter correlações de estrutura <i>quase-simplex</i> ;
“Paralelismo”	Os aspectos cognitivos e afetivos devem ser paralelos e correlacionados entre si;
“Equivalência de argumentos pró e contra”	Para medir competências independente de particularidades.

Nota: Adaptado de Lind (2008, p. 193-194)

Lind (2000b) argumenta que a análise da qualidade moral dos contra-argumentos permite avaliar não apenas a atitude moral, mas a habilidade dos sujeitos em aplicar valores ou princípios em situações complexas para resolver conflitos. E que, assim, seria o maior preditor no ato moral ou atitude. Desta forma, isso diferencia o MCT dos demais métodos de avaliação do juízo moral, que também apresenta como diferencial a maior imparcialidade quanto a questões étnicas, culturais ou individuais. Lind (2000b) argumenta que este teste teria aplicabilidade mais simples e confiável que os demais instrumentos e demonstra maior robustez pois, ao contrário dos demais, não pode ser falseado e é reproduzível, além de apresentar validade teórica e empírica. O autor demonstra que a competência moral está correlacionada à extensão e qualidade da educação recebida (BATAGLIA, 2010; LIND, 2000a, 2000b e 2008). E, ainda, enfatiza sua importância contemporânea, afirmando ser esta a competência necessária para solucionar problemas e conflitos por meio de discussão e que a argumentação seria a base moral das democracias modernas.

O MCT é um teste estruturado com dois dilemas éticos (dilema do operário e dilema do médico, ou da eutanásia) seguido por 12 argumentos (seis a favor e seis contrários ao desenrolar do dilema), baseados nos estágios de desenvolvimento moral de Kohlberg, como exemplificado no QUADRO 2. Nele, o indivíduo deve emitir sua opinião quanto ao dilema e é confrontado com os argumentos a favor e contrários à sua própria opinião. O MCT propõe-se medir não apenas a atitude, ou o raciocínio moral do sujeito, mas o reconhecimento da qualidade de argumentos contrários à sua opinião, exigindo uma postura não dogmática em relação à sua própria atitude, que comporia a competência moral.

Quadro 2 – Exemplo de estruturação de um dilema do teste de competência moral

Dilema dos Operários

Devido a existência de demissões aparentemente infundadas, alguns operários de fábrica suspeitam de que a chefia esteja ouvindo as conversas dos empregados através de um microfone oculto e usando tais informações contra os empregados. A chefia oficialmente nega essas acusações enfaticamente. O sindicato declara que só tomará providências contra a companhia quando forem encontradas provas que confirmem as suspeitas. Sendo assim, dois operários decidem arrombar o escritório administrativo e roubam uma transcrição de uma gravação que prova a alegação de espionagem por parte da chefia.

Você discorda ou concorda com o comportamento dos operários?

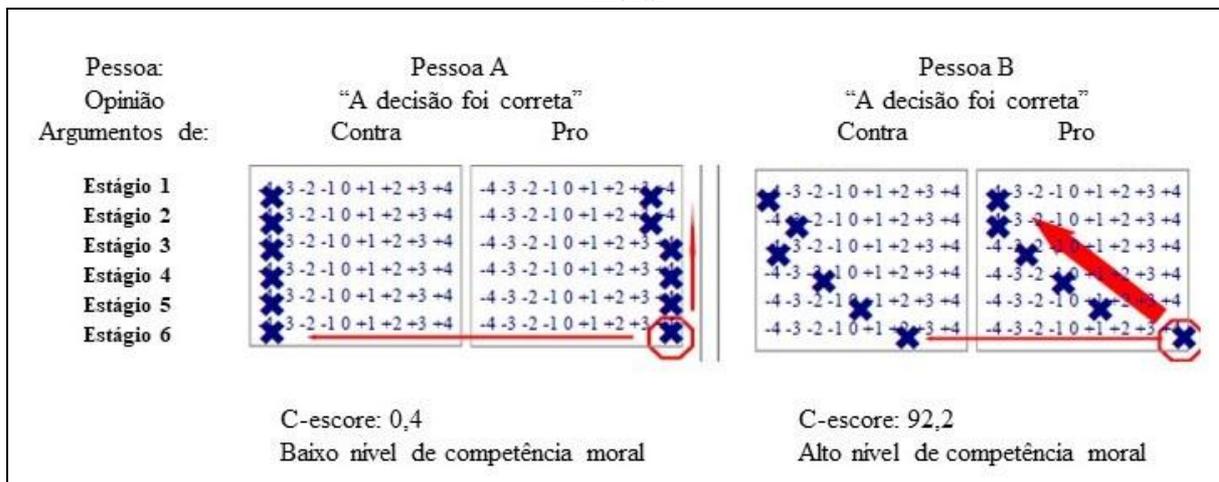
Rejeito fortemente	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	Aceito fortemente	
Argumentos pró						Argumentos contra					
Estágio 1	-4 a +4					Estágio 1	-4 a +4				
Estágio 2	-4 a +4					Estágio 2	-4 a +4				
Estágio 3	-4 a +4					Estágio 3	-4 a +4				
Estágio 4	-4 a +4					Estágio 4	-4 a +4				
Estágio 5	-4 a +4					Estágio 5	-4 a +4				
Estágio 6	-4 a +4					Estágio 6	-4 a +4				

Nota: Adaptado de Lind (2008, p. 198-199)

A interpretação dos resultados é bastante objetiva, sendo gerado um escore (escore-C-MCT), em escala de 0 a 100, que mensura a consistência das respostas do sujeito, independentemente da sua preferência. O cálculo é realizado através de análise de variância multivariada, tendo como variáveis o estágio (ou qualidade) moral dos argumentos, a avaliação dos argumentos e os contextos dos dilemas, como ilustrado na FIG. 2. Desta forma, o escore será mínimo (0) quando o indivíduo não demonstrar nenhuma diferenciação entre os argumentos e apresentará escore máximo (100) quando o indivíduo avaliar os argumentos segundo sua qualidade moral (FEITOSA et al., 2013). Este escore guarda correlação com os estágios de desenvolvimento moral, sendo que os indivíduos que apresentam escores mais elevados tendem a preferir

argumentos dos estágios mais elevados. O MCT também pode produzir escores diferenciados para os aspectos cognitivos e afetivos, a partir da análise do estágio (ou qualidade) dos argumentos preferidos (LIND, 2008).

Figura 2 – O padrão de resposta de dois participantes com diferentes escores de competência moral



Nota: Adaptado de Lind (2008, p. 201)

É possível, ainda, fazer a classificação, a partir do o escore-C, em seis categorias: “muito baixo” (1 – 9), “baixo” (10 – 19), “médio” (20 – 29), “alto” (30 – 39), “muito alto” (40 – 49) e “extremamente alto” (a partir de 50). Salientando que, tal categorização, só é aplicável para a versão padrão, com dois dilemas, pois o escore-C é influenciado pelo número de dilemas. Assim, se calculado para cada dilema separadamente (escore-C segmentado) o escore será elevado pela omissão do contexto de um dilema. Embora seja citada a relação do MCT com os estágios de desenvolvimento moral, esta categorização a partir dos escores não é respaldada para inferir tais estágios (LIND, 2008).

Uma situação descrita por Lind (2008) e, de forma muito especial por Bataglia (2010; BATAGLIA et al., 2006), foi o “fenômeno de segmentação”, quando há forte diferença entre os escores obtidos pelos dilemas separadamente. Diversos estudos nas Américas, Latina e Estados Unidos, demonstraram que o “dilema do médico” (também conhecido como “dilema da eutanásia”) apresentou comportamento muito distinto ao “dilema do operário”, com escores muito inferiores quando comparados com os documentados na Europa. Tais achados foram confirmados por pesquisadores brasileiros, como Rego (2001) e Feitosa (2013a; 2013b), e outros autores do México e Estados Unidos (BATAGLIA, 2010; MORENO, 2005). Este comportamento destoante do “dilema do médico”, observado destacadamente na América

Latina, pode estar relacionado a questões históricas e socioculturais e, especialmente, à filiação religiosa. Autores, como Lind e Bataglia, argumentam que esta possa ser um fator determinante para tal fenômeno, ao comparar estudos de sociedade protestantes e católicas, entre os quais observam clara distinção entre os resultados dos escores. Outro fator que realçou a segmentação foi a performance do “dilema do médico” entre estudantes de medicina separados por gênero, destacando o escore ainda menor entre as estudantes de medicina do sexo feminino (FEITOSA et al., 2013a). Embora descrito mais enfaticamente nas Américas, este fenômeno também tem sido descrito em estudos de distintos países, como em Portugal (FEITOSA et al., 2013b; COSTA, 2016).

Diante do “fenômeno de segmentação” observado nos estudos de validação no Brasil, por Patrícia Bataglia (2010), que observou performance inferior do “dilema do médico” (ou da eutanásia), foi necessária a adaptação do MCT. Nesta nova versão, foi incluído um novo dilema “que também tratasse do valor da vida humana, mas que não envolvesse um valor religioso”, assim “o dilema do juiz (que aborda a questão da quantidade de vidas versus o respeito a uma vida)” (BATAGLIA, 2010, p. 30). Desta forma, constituiu-se a versão estendida do MCT, denominada MCTxt e composta por três dilemas, os dois originais (do operário e do médico) e o novo (dilema do juiz).

O MCT, após 40 anos de utilização, já foi aplicado em mais de 300.000 indivíduos e foi traduzido e validado em outros 38 idiomas, além do idioma de origem, o alemão. Nos inúmeros trabalhos citados, foi empregado para avaliação moral de indivíduos de diversas idades e em diversos segmentos acadêmicos (LIND, 2015, 2016; BATAGLIA, 2010). Especificamente, quanto à avaliação da ética médica, tem sido amplamente citado na literatura internacional e, destacadamente, na nacional. Neste contexto, seu emprego tem contribuído para a descrição de potencial regressão do desenvolvimento moral durante a graduação médica, contrapondo ao constructo original de Kohlberg, que considerava que este processo seria sempre progressivo (LIND, 2015). Por fim, vale ressaltar que o emprego desta ferramenta é vetado para diagnósticos individuais, sendo sua utilização restrita a pesquisas científicas e sob autorização expressa do seu autor Dr. Georg Lind.

2.3 Ética e moral na educação médica

Prometo que, ao exercer a arte de curar, mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência.
 Penetrando no interior dos lares, meus olhos serão cegos, minha língua calará os segredos que me forem revelados, o que terei como preceito de honra.
 Nunca me servirei da profissão para corromper os costumes ou favorecer o crime.
 Se eu cumprir este juramento com fidelidade, goze eu, para sempre, a minha vida e a minha arte, com boa reputação entre os homens.
 Se o infringir ou dele afastar-me, suceda-me o contrário.
 Juramento de Hipócrates, Séc.V a.c. (VASCONCELOS, 1974 apud REZENDE 2009, p. 44)

O debate sobre ética médica transcende desde a antiguidade, de Aristóteles ou Hipócrates, aos autores contemporâneos, implicando à prática médica uma elevada expectativa ou exigência de compromisso com a ética e moralidade. Os valores éticos e comportamentos morais podem ser abordados sob vários olhares, compreendendo uma ampla gama de conceitos e valores, que variam conforme a abordagem ou enfoque específico. Embora socialmente exigida e muito valorizada nas novas plataformas curriculares (BRASIL, 2014), não há consenso sobre as estratégias educacionais. Tanto pela heterogeneidade de conceitos, como pela variedade de abordagens curriculares. Com isso, o ensino da ética continua fragmentado, heterogêneo e, frequentemente, relegado ao currículo oculto (ECKLES et al., 2005; CARNEIRO, 2010; MAHAJAN et al., 2016).

Seja na prática ou na educação médica, a ética pode ser compreendida incluindo diversos componentes, como habilidades ou valores. Por um lado, alguns autores a abordam como critério de *humanidades médicas* (DOUKAS et al., 2012) ou profissionalismo (MAHAJAN et al., 2016; GADON; GLASSER, 2006). Outros como comportamentos, virtudes ou características pessoais tais como altruísmo, integridade, empatia, respeito à privacidade e à dignidade, *advocate* e aceitação das limitações do conhecimento (DOUKAS et al., 2012). Ou ainda, honestidade, responsabilidade, compaixão, respeito interprofissional, saúde pública, autovigilância, *service* e *industry* (ECKLES et al., 2005). Enfim, segundo Eckles et al., (2005) "Respeito, compaixão e honestidade, características fundamentais para qualquer moralidade e que todos os cuidadores médicos profissionais são esperados para abraçar", fazendo aproximar da chamada prática do cuidado (SILVA, 2001).

Profissionalismo são os atributos, comportamentos, compromissos, valores e objetivos que caracterizam uma profissão. No profissional médico, ele envolve um forte papel social e envolve também o componente emocional. Por outro lado, a ética é o estudo da moralidade - análise cuidadosa e sistemática das decisões e comportamentos morais e da prática dessas decisões. A ética médica enfoca principalmente questões decorrentes da prática da medicina. Acredita-se, geralmente,

que o profissionalismo e a ética são adquiridos observando seus professores e preceptores e não lhes sendo ensinados formalmente. Profissionalismo e ética são previamente difundidos passivamente para os alunos através do “currículo oculto”, deixando muito ao acaso. No entanto, ao longo do tempo, tem sido defendido que os graduandos precisam ser formalmente treinados nos conceitos de profissionalismo e ética. Neste artigo, propomos um currículo formal sobre profissionalismo e ética, feito sob medida para os médicos graduandos da Índia. (MAHAJAN, 2016, p. 157)

Há ainda, outras abordagens como a bioética, a ética em pesquisa (CÓDIGO DE NUREMBERG, 1947) e, ainda, a deontologia ou como forma normativa e legal, refletida dentre outros pelo Código de Ética Médica, que inclui normas sobre a conduta médica, com deveres e direitos, tanto na relação com pacientes, colegas, pesquisa e administração (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009).

O presente Código de Ética Médica contém as normas que devem ser seguidas pelos médicos no exercício de sua profissão, inclusive no exercício de atividades relativas ao ensino, à pesquisa e à administração de serviços de saúde, bem como no exercício de quaisquer outras atividades em que se utilize o conhecimento advindo do estudo da Medicina. (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2009, p. 31)

Esta visão meramente normativa, amplamente empregada, é destoante da conceituação de ética de forma filosófico-científica, conforme já exposto, e se confunde dentre outros com seu objeto: o mundo moral.

É este o ponto em que a ética pode servir para fundamentar uma moral, sem ser em si mesma normativa ou preceptiva. A moral não é ciência, mas objeto da ciência; e neste sentido, é estudada e investigada. A ética não é a moral e, portanto, não pode ser reduzida a um conjunto de normas e prescrições, sua missão é explicar a moral efetiva e, neste sentido, pode influir na própria moral. (VAZQUEZ, 1997, p 13-14)

Para a compreensão da educação ética corrente, Eckles et al. (2005) realizaram ampla revisão sobre o tema com o sugestivo título: “*Educação da Ética Médica: Onde Nós Estamos? Para Onde Devemos Ir? – Uma Revisão*”. Neste estudo, propuseram-se quatro questões: Qual é o objetivo da educação em ética médica? Que resultados da educação ética devem ser avaliados? Como devem ser avaliados? Qual é a melhor maneira de ensinar a ética médica aos estudantes de medicina?

Inicialmente os pesquisadores encontraram uma diversidade e heterogeneidade de currículos, de ensino da ética médica e de conceitos ou valores avaliados que impediam conclusões sobre a qualidade dos programas. Em comum, foram relatadas algumas barreiras, como falta de tempo no currículo, falta de professores qualificados e falta de tempo nos horários dos professores.

Quanto ao primeiro questionamento analisado por eles “*Qual é o objetivo da educação em ética médica?*”, foram encontrados dois pontos de vista: ensino da ética como forma de criar médicos virtuosos e como prover habilidades para analisar e resolver problemas éticos. Evidenciando uma visão dicotômica - virtude *versus* habilidade, embora sejam distintas, ambas são consideradas meritorias. Entretanto, vários estudos analisados sugeriram declínio no raciocínio moral durante o curso, alguns identificados como “erosão ética”, outros como “cinismo”, termos que podem expressar fenômenos diferentes.

Foram destacados, como objetivos gerais de um currículo de ética médica para estudantes de graduação (ECKLES et al., 2005, p. 1145):

- Permitir aos médicos examinar e afirmar os seus próprios compromissos morais pessoais e profissionais.
- Ensinar os médicos a reconhecer os aspectos humanísticos e éticos das carreiras médicas.
- Instrumentalizar os médicos com uma base de conhecimento filosófico, social e jurídico.
- Permitir aos médicos empregar esse conhecimento no raciocínio clínico.
- Instrumentalizar os médicos com habilidades interacionais necessárias para aplicar esta percepção, conhecimento e raciocínio ao cuidado clínico humano.

Os outros questionamentos propostos, a saber “*Que resultados da educação ética devem ser avaliados?*” e “*Como devem ser avaliados?*”, não evidenciaram coesão na discussão de o que avaliar ou como avaliar os resultados de questões éticas. Sendo mais descritas a avaliação das habilidades de “raciocínio moral” e de “sensibilidade ética”. Para tal foram utilizados como ferramenta de avaliação, respectivamente, a entrevista estruturada MJI de Kohlberg, na sua forma original ou nas variações escritas (SRM ou DIT), e, em apenas dois estudos, o PIT que utilizava o recurso de vinhetas, para avaliar “a habilidade de reconhecer que existe uma questão moral”. As ferramentas relacionadas ao raciocínio clínico de Kohlberg são mais utilizadas, apesar de questionadas por abordar questões éticas de forma genérica, não específicas ao contexto de ética médica. Como resultado, Eckles et al. (2005) citam, ainda, que alguns evidenciaram que a escola médica pode estar relacionada com significativa redução no raciocínio moral ou “erosão ética”, enquanto outros encontraram evidências de que a educação ética pode contribuir para aumentar o raciocínio moral. Questionam, entretanto, se estas variações podem estar relacionadas ao processo de ensino de ética nas escolas ou aos métodos de avaliação.

Por sua vez, a questão “*Qual é a melhor maneira de ensinar a ética médica aos estudantes de medicina?*” foi analisada em três aspectos, novamente sem consenso:

- “*Quem deve ensinar?*”: discute-se a multidisciplinaridade, a integração clínico-filosófica e a melhor preparação dos professores.
- “*Qual método deve ser empregado?*”: resultou um dos poucos consensos de que o ensino da ética deve ser integrado ao longo de todo o currículo, vertical e longitudinalmente. Como métodos, são destacadas as discussões em pequenos grupos com discussões livres, os cursos eletivos e cursos de longa duração, em detrimento das conferências e cursos intensivos. Os estudos sobre a abordagem com BPL (*problem-based learning*), além de escassos e questionáveis, não esclarecem quanto à sua eficácia do ensino da ética.
- “*Como os estudantes devem ser avaliados?*”: para avaliação são descritas as ferramentas derivadas da teoria de Kohlberg ou avaliações subjetivas durante as atividades de grupo.

No Brasil, as publicações sobre o tema são ainda escassas, apesar de indicar preocupação de construção de novos currículos que contemplem uma maior abordagem da ética, como apresentado por Carneiro (2010):

A análise de conteúdo dos artigos revelou três categorias temáticas. Na primeira categoria, houve dispersão entre os temas: moral, ética e valores; a ética como senso crítico, autonomia e ética como fator de humanização das relações. A crise do modelo biomédico, a ascensão do modelo biopsicossocial e o surgimento da bioética apareceram como fatores ativadores de mudanças na educação. E, ainda, foram discutidas as mudanças na organização curricular como influência no cenário da educação e no ensino da ética.

A segunda categoria, aspectos pedagógicos e metodológicos, revelou temas como a importância da transversalidade no ensino da ética; a influência da estrutura curricular e diretrizes no ensino, com destaque para a discussão sobre as metodologias ativas. Além disso, a importância da aproximação da ética com as ciências humanas e do docente como modelo. Conclui-se que os modelos metodológicos, assim como a formação e a atitude do docente são essenciais no processo de aprendizagem.

Avaliação da aprendizagem como categoria revelou, a partir de estudos na área, que o aumento da sensibilidade ética está relacionado ao tempo de exposição do aluno aos conteúdos de ética. No entanto, alguns estudos constatam que o conhecimento dos docentes, supostamente expostos há mais tempo a conteúdos e situações de conflitos éticos, equipara-se ao dos estudantes. Nesta categoria, destaca-se também a importância do ensino de modo transversal durante o curso e ainda a relevância da ética aplicada à clínica de ensino. (CARNEIRO et al., 2010, p. 418-419)

Apesar da diversidade conceitual, a ética na educação médica poderia ser sintetizada na abordagem com foco no cuidado do paciente, suplantando os limites legais ou normativos. Incluem-se, portanto, valores tais que envolvem a postura do médico diante do paciente, como humanismo, empatia e respeito, mas também sua conduta na sociedade e o compromisso com

a justiça. Para tal, além do Juramento de Hipócrates, cabe retomar ao imperativo categórico kantiano, para o qual “a moral é regida pelas seguintes premissas: agir de forma que a máxima de nossos atos possa valer como um princípio de lei geral e não tratar as pessoas como um meio, mas como um fim em si mesmo.” (LEPRE, 2005, p.44) e a Kohlberg, para o qual “a maturidade moral é atingida quando o indivíduo é capaz de entender que a justiça não é a mesma coisa que a lei; que algumas leis existentes podem ser moralmente erradas e devem, portanto, ser modificadas” (BIAGGIO, 1997, p. 48).

2.3.1 Ética do cuidado

Neste tópico propõe-se uma discussão sobre a “Ética do Cuidado” (EC), a partir de uma reflexão da moralidade sob um olhar contemporâneo da ética que traz uma multidisciplinaridade, perpassando desde a filosofia, a psicologia, a psiquiatria, a medicina, a pedagogia, a neurociência, até o direito. Este conceito consolida vários aspectos da ética e da moralidade aplicados à prática médica, e essenciais a ela, como empatia, autonomia (considerando tanto o pensamento autônomo do médico, quanto o respeito à autonomia do paciente), o compromisso com os direitos humanos, cidadania e o multiculturalismo.

Este constructo de EC, embora escasso na literatura médica, vem sendo debatido desde os anos 1990 e se reflete claramente nos princípios da reestruturação do Código de Ética Médica pelo Conselho Federal de Medicina (2009). Ele traz para a prática médica um olhar mais específico, que recentemente vem retomando lugar, que considera o foco da assistência no cuidar e no acolher, tanto na esfera individual como na coletiva (SILVA, 2001). Assim, por um lado, este olhar da ética traz íntima relação com a psicologia moral e o desenvolvimento do raciocínio moral de Piaget e Kohlberg, considerados pilares para formação e avaliação da formação ética e, adequadamente, aplicáveis à medicina. Por outro lado, observa-se que, de forma algo abstrata, propõe avaliar o julgamento moral tendo como ferramenta essencial a empatia para entender, julgar e agir moralmente. “A empatia, neste conceito, seria utilizada como ferramenta para tomada de decisões, para julgamento de certo ou errado, identificando a conduta que se enquadra no conceito de justiça e respeito aos direitos humanos” (GONÇALVES, 2012, p. 70).

Retoma-se, aqui, o debate, no contexto da psicologia e da saúde mental, entre Meaney (1996) e Beauchamp (1990) nos anos 1990. Enquanto Beauchamp em seu artigo “*Promise of the*

Beneficence Model for Medical Ethics“ (Promessa do Modelo de Beneficência para a Ética Médica) defende o “Modelo de Beneficência”, refletindo o modelo tradicional de atenção médica, no qual o médico exerce sua autoridade com “o objetivo de agir no melhor interesse de um outro no relacionamento” (BEAUCHAMP, 1990, p. 153). Em contraponto, Meaney, no artigo intitulado “*Freedom and democracy in health care ethics: is the cart before the horse?*” (Liberdade e democracia na ética dos cuidados de saúde: é a carroça diante do cavalo?), critica-o alegando que este modelo de atenção, reduzido à “beneficência médica”, sustenta-se na relação de paternalismo e conflitua com o princípio da autonomia. Meaney argumenta que, pelo Modelo de Autonomia a relação médico-paciente “começa com conceitos de liberdade e de democracia” (MEANEY, 1996, p. 400), em contraste com o “Modelo de Beneficência”.

Meaney (1996) ainda discute que a autonomia contempla a percepção do “bem do paciente” ou do “bem humano” relativo às suas possibilidades individuais e, qualitativamente, distintas conforme sua percepção de tipo de vida e suas pluralidades. E que a autonomia, como colocado, refletindo a autodeterminação do sujeito, não conflitua com a autoridade, reconhecida no papel do médico, desde que respeitada a autonomia do paciente, sem paternalismo. Referindo a Sócrates, Meaney distingue dois tipos de médicos - um “tecnicamente proficiente” e outro “mestre da arte”. E duas distintas virtudes, uma “a virtude intelectual é a perfeição de sua habilidade de saber”, e outra a “virtude moral é a perfeição de sua habilidade de desejar e sentir inclinado” (MEANEY, 1996, p. 402-403).

No aparente distante campo das ciências jurídicas, a Dra. Roberta Gonçalves (2012), em sua dissertação intitulada “*Ética do Cuidado e Empatia: Em Defesa de uma Metaética Sentimentalista para os Direitos Humanos*”, faz ampla discussão sobre a Ética do Cuidado, considerando a empatia como sua pedra fundamental. E que, segundo ela, aliada à compaixão, amizade, cuidado, benevolência..., seria condição necessária na promoção tanto do convívio social e a harmonia, quanto da justiça e dos direitos humanos. E teria como reflexo propiciar o sentimento de empoderamento do sujeito e “elaboração de uma autoimagem à imagem do outro“ (GONÇALVES, 2012, p. 95).

Na esteira das inquietudes trazidas pela ética racionalista e o modelo de sujeito que pretende para a moralidade, transplantado para os direitos humanos em forma de universalidade abstrata, o emotismo ético e suas ramas como o sentimentalismo e a ética do cuidado vem tentando, especialmente a partir de Hume, elaborar novas formas de se entender o que são normas morais e o que serviria de justificativa para a obrigação deontológica de tais normas necessitam para ter efetividade prática. (GONÇALVES, 2012, p. 17)

Para compreender a interação da empatia com a ética, destacam-se algumas citações relevantes.

Segundo Slote (2007 apud GONÇALVES 2012, p. 86),

a postura ontológica em relação à ética deve ser radical: argumenta que a empatia não é somente o elemento principal de uma teoria moral, mas o único argumento para explicar toda moralidade [...] uma ética do cuidado pode se desenvolver uma visão plausível de justiça (e autonomia e direitos) por ela própria.

Por sua vez, Hoffman (2001 apud GONÇALVES 2012, p. 76) refere que a empatia:

pode ser entendida como a capacidade cognitiva de reconhecer outros sujeitos [...] a partir da internalização de seus sentimentos, intenções e reações. [...] empatia é o mecanismo que faz com que o sujeito observador tenha uma resposta afetiva [...] o que o motiva a atuar moralmente a partir dos sentimentos alheios [...].

Por fim, Noddings (2010 apud GONÇALVES 2012, p. 78), sobre empatia:

o sentir-se em outro implica em colocar-se no lugar deste outro, e, portanto, levar para o lugar do outro as suas próprias idiosincrasias, a atitude do cuidado requer que o sujeito não apenas se ponha no lugar do outro, mas o faça de forma deslocada de si mesmo, para o bem da pessoa de quem se cuida e não o seu próprio.

Pode-se não só traçar um paralelo entre a Ética do Cuidado e Competência Moral, ao considerar que ambos refletem um componente moral que contempla processos cognitivos e afetivos, mas também deduzir que a Ética do Cuidado impescinde de elevada Competência Moral. Segundo Hume (2007 apud GONÇALVES, 2012, p. 25), “as emoções secundárias, que são impressões da reflexão, têm participação direta no processo cognitivo do sujeito que profere um juízo moral, mas não representam causas genuínas para a ação moral” e mais “[...] liga diretamente a motivação às concepções de prazer e dor, algo que é explorado pela **ética do cuidado...**”. Estes conceitos humeanos permitem relacionar a ética do cuidado à **competência moral**, que, segundo Kohlberg, seria “a capacidade de tomar decisões e emitir juízos morais (baseados em princípios internos) e agir de acordo com tais juízos”, este também inspirado em Piaget (1976) que definia que “os componentes afetivos e cognitivos são distintos, mas inseparáveis na emissão do juízo moral.”.

É que a condição para a qual ansiamos e nos esforçamos, e é nosso desejo de cuidar – para estar nessa relação especial – é o que fornece a motivação para que sejamos morais. Queremos ser morais para que permaneçamos na relação de cuidado e para a aumentar a ideia de nós mesmos como alguém que é cuidado. (NODDINGS, 2010 apud GONÇALVES, 2012, p. 41)

Avançando no conceito de “ética do cuidado” no contexto da saúde mental, no qual é mais discutido, Silva (2001), descreve:

Propomos o **ethos do cuidado** não como opção paliativa à clínica tradicional, mas como uma perspectiva para um novo modelo clínico: a idéia de cura assume, ou

melhor, resgata outra imagem. “Em sua forma mais antiga, cura em latim se escrevia *coera* e era usada num contexto de amor e de amizade. Expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação” (Boff, 1999: 90-91). Cuidar é responsabilizar-se pela beleza e sofrimento clinicados. Cuidar é inventar ações desnaturalizantes para a nossa psicologia: ciência e profissão. Mas, sobretudo, **cuidar é acolher** o sujeito que busca neste *habitat* do psicólogo – a clínica – uma transformação à sua existência. Aproximando-se de Naffah Neto (1994), pode-se propor que o cuidado é o que há de mais importante no processo psicoterapêutico, pois é este que vai garantir assento, morada, espaço de vida e transformação ao sujeito acolhido.

O *ethos do cuidado* seria assim – usando um conceito de Guattari (1986) – uma revolução molecular. Uma maneira poética de promover agenciamentos micropolíticos na polis, pois questionar o sistema capitalista não se restringe mais a lutas políticas e sociais em grande escala. Microrevoluções ou revoluções moleculares, assim como a ética do cuidado, são intervenções políticas extremamente amplas que podem nos encaminhar a um “estar alerta para todos os fatores de culpabilização; estar alerta para tudo o que bloqueia os processos de transformação no campo subjetivo” (SILVA, 2001).

Na recente discussão do currículo de ética médica no Brasil, com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, 2014), vê-se uma tendência à incorporação desta lógica de ética como prática de cuidado.

A prática mais humanizada pode levar a uma reflexão sobre a ética enquanto campo do cuidado. A partir de experiências de cuidado significativas, ou seja, que façam sentido para o estudante, é que é possível tornar a prática mais humana, solidária, autônoma e crítico-reflexiva. Tais competências são essenciais para o profissional que se prepara para atuar na atenção em saúde, em especial no momento de questionamento do modelo biomédico. (CARNEIRO et al, 2010)

Desta feita, pode-se estender a compreensão de ética médica para muito além de um mecanismo normativo ou formal, mas que reflita uma práxis profissional, humanizada, centrada no cuidar do paciente, respeitando-o e acolhendo-o em toda sua integralidade, tanto individual quanto socialmente. Esta prática profissional, guiada pela Ética do Cuidado pode representar a síntese dos valores morais aplicados à prática médica, contemplando as virtudes morais, a prudência, a justiça, o respeito à autonomia, à liberdade e à democracia, para tal podem ser imprescindíveis habilidades como empatia e desenvolvimento de alto nível de raciocínio moral.

Como muito bem ilustrado por Balint (1975, apud RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002):

O remédio mais usado em Medicina é o próprio médico, qual como os demais medicamentos precisa ser conhecido em sua posologia, efeitos colaterais e toxicidade.

2.3.2 *Estudos do desenvolvimento moral da formação médica*

Apesar de a medicina ser uma profissão que exija elevada competência moral profissional, os *experts* sugerem que a formação médica não promova o desenvolvimento moral esperado. Como descrito por Self et al (1996, p. 444), “a experiência da educação médica parece inibir o aumento do raciocínio moral dos estudantes de medicina que, de outro modo, seria de se esperar de jovens adultos dessa idade e nível educacional”. Estas observações se contrapõem às teorias de desenvolvimento moral, que deram suporte à maioria das ferramentas avaliativas de desenvolvimento moral. As proposições de Piaget (1994) e Kohlberg (1984; REGO, 2003; ARGUTO, 2017), da ordem das teorias cognitivistas, consideravam que o desenvolvimento moral deveria acompanhar os níveis educacionais. Sendo tal premissa reafirmada por Lind (2015, p. 12), o qual afirma que “vários estudos de estudantes adolescentes evidenciam alta correlação entre níveis de educação e desenvolvimento moral”.

Assim, demonstrada evolução da progressão moral destoante da esperada na graduação, vários autores têm relatado a ocorrência de “**declínio moral**” no decorrer da formação médica, amplamente citados na literatura nacional (FEITOSA et al., 2013a; REGO, 2003) e internacional (ECKLES et al., 2005; PATENAUDE et al., 2003; SELF; BALDWIN, 1998; LIND, 2000a, 2015), descrito ainda mais enfaticamente, por alguns autores, como “**erosão ética**” (FEUDTNER et al., 1994). Destacamos algumas revisões que contemplam os principais estudos:

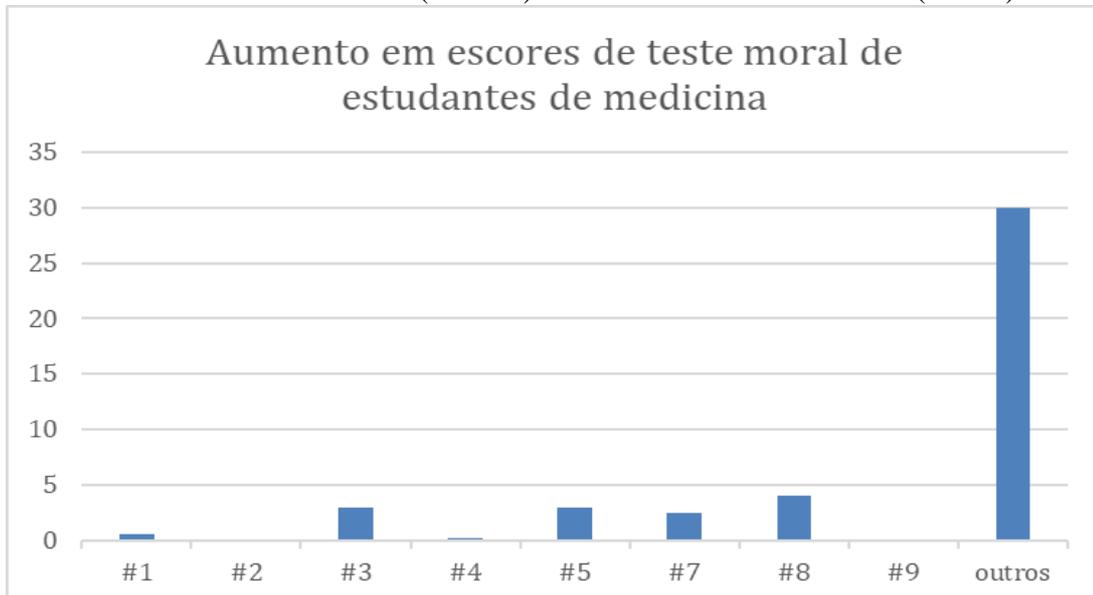
Lind (2000a) descreve três estudos na Alemanha, de sua autoria, sendo um estudo longitudinal de 6 anos (com n = 746, sendo 104 estudantes de medicina, do 1º, 5º, 9º e 13º semestres) e dois grandes estudos transversais (n = 4.996). Nesses estudos, os estudantes de medicina apresentaram regressão da competência moral nos primeiros 2 anos e pequeno aumento no final do estudo, configurando estagnação ou mesmo regressão da competência moral. Sendo afastada a justificativa de “efeito teto” (*ceiling effect*), mesmo considerando escore inicial elevado.

Eckles et al. (2005) descreveram vários estudos incluindo os de Self e Baldwin (1998) e de Rest (1999) nos EUA, de Patenaude et al. (2004) e de Hébert et al. (1992) no Canadá, utilizando respectivamente MJI, DIT, MJI e PIT, que confirmam significativa redução no raciocínio moral, principalmente, ao final do terceiro ano de medicina. Entretanto, cita outros poucos e pequenos estudos, utilizando o SRM ou métodos não padronizados, que demonstraram aumento

dos escores, ao longo do curso, possivelmente associadas a metodologias de discussão em pequenos grupos, que podem contribuir para a promoção do desenvolvimento moral.

Self e Baldwin (1994) apresenta uma síntese de estudos transversais e longitudinais, utilizando as ferramentas MJI, DIT ou SRM, avaliando estudantes de medicina dos EUA e México, sendo que muitos comparam 1º e 4º ano, alguns 1º e 3º ano e um 1º e 5º ano. A maioria deles identificou desenvolvimento moral nulo ou não significativo, concluindo que “educação médica não contribui para desenvolvimento moral dos estudantes”. Lind (2000a) reanalisou os dados dos estudos relatados por Self, ajustando todos para uma escala (de 0 a 100), permitindo melhor comparação. Os dados evidenciaram que mudança nos escores ao longo da graduação foi de 5 pontos em medicina, contra 30 nos demais cursos com mesma extensão – FIG. 3, confirmando retardo associado exclusivamente à educação médica. O questionável “efeito teto”, justificado pelos já elevados escores no início do curso, não se comprovou, pois mantinha-se margem para elevação, confirmada por estudos de intervenção.

Figura 3 – Variação dos escores de avaliação moral, comparando estudos com estudantes de medicina (#1 a #9) com alunos de outros cursos (outros)



Nota: Adaptado de LIND, 2000a

Além destas revisões, destaca-se o artigo de Hojat et al. (2009): “*The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school*” (O diabo está no terceiro ano: um estudo longitudinal da erosão da empatia na faculdade de medicina). Neste estudo que avalia a empatia, considerado como outro aspecto da ética, evidenciou significativo declínio da empatia, especificamente, no terceiro ano. Sendo discutido sua ocorrência no período em que

aumentam as atividades de cuidado ao paciente e referido com “a escalada do cinismo e a atrofia do idealismo há muito tempo são reconhecidas como parte da socialização dos alunos na escola médica e sua adaptação ao papel profissional” (HOJAT, 2009, p. 1190)

Na busca de explicações para esta deterioração, ou estagnação moral, os pesquisadores citaram características do curso que possam estar relacionadas. Lind (2000a) descreve aspectos do ambiente educacional desfavoráveis que possam contribuir para este resultado desfavorável. Incluem-se relatos de que os estudantes de medicina têm menos contato com seus pares, menos trabalhos em grupo e, consideravelmente, mais competitividade que outros estudantes. Além de os seus relacionamentos com os professores serem muito ruins, e pior que os alunos dos demais cursos. Ele concluiu que a educação médica enfatiza muito conhecimento factual e negligencia todas as outras áreas do desenvolvimento humano, com muito menos promoção para educação geral. Valorizando, assim, muito os aspectos técnicos, com ênfase tecnológica, em detrimento dos aspectos morais, configurando cursos “desbalanceados” entre aspectos técnicos e morais. (LIND, 2000a, p. 28).

No Brasil, pesquisadores como Rego, Feitosa e Bataglia (FEITOSA et al., 2013a e 2013b), têm discutido o desenvolvimento moral dos estudantes de medicina, com relatos que corroboram com a literatura internacional. Eles confirmam a regressão da competência moral, através de estudo utilizando o MCT em dois momentos do curso de medicina. Relatam, também, a ocorrência do “fenômeno de segmentação”, a influência do gênero e da idade. Ressaltam que indivíduos do sexo masculino e mais jovens apresentaram escores levemente maiores, sobretudo pelo impacto do “dilema do médico”, no qual indivíduos do sexo feminino apresentaram maior segmentação, com escores marcadamente inferiores. Observações semelhantes se deu quanto à idade, com indivíduos mais velhos apresentando maior segmentação com pior escore no “dilema do médico” e impacto negativo no escore global, sugerem que tal declínio esteja associado a maior período fora da escola.

Estes mesmos autores (FEITOSA et al., 2013b) compararam estudantes brasileiros com europeus (portugueses), também utilizando o MCT, e demonstraram que os escores C médios dos estudantes de medicina brasileiros eram inferiores aos de estudantes portugueses. Mas em ambos os grupos foi observado o “fenômeno de segmentação”, com comportamento inferior do “dilema do médico”. Também fazem referências a estudos que fizeram comparação entre estudantes brasileiros e europeus (de língua alemã) e entre estudantes de medicina e de outros

curso. Destacaram que alunos brasileiros de medicina apresentaram declínio moral maior que os europeus. E que os de psicologia de universidades competitivas apresentavam elevação de escores significativamente superiores aos de instituições menos competitivas, sendo argumentado que o ambiente educacional das instituições (ou de seleção dos estudantes?) possa influenciar na progressão ou declínio moral dos alunos. Na comparação entre países e cursos distintos, reforçam a aparente relação das diferenças religiosas (catolicismo e protestantes) com o comportamento do “dilema do médico”, refletindo no “fenômeno de segmentação” citado.

Buscando compreender a não progressão (declínio ou estagnação) moral, Rego (2003), em sintonia com Kohlberg, discorda da possibilidade de regressão das capacidades cognitivas, e justifica que a regressão dos escores expresse outros aspectos do comportamento moral que não o cognitivo. Adriana Mascia (2009) discute as alterações atitudinais observadas durante a formação médica e argumenta que podem estar relacionadas com as experiências estressantes vivenciadas neste período, incluindo a perspectiva da morte, da “solidão profissional, perda do senso de missão, cinismo, desesperança, frustração, bem como risco aumentado de *burnout* e depressão” (MASCIA et al., 2009, p. 45). Alertam ainda, quanto ao ambiente altamente competitivo e o perfil dos alunos “pessoas brilhantes, individualistas, altamente competitivas e que não se mostram inclinadas a compartilhar sentimentos e sensações” (MASCIA et al., 2009, p. 46).

Essas questões, também, são discutidas por duas pesquisadoras brasileiras, Ramos-Cerqueira e Lima (2002) a partir da formação da identidade do médico, processo este que parte de sua escolha profissional, suas motivações pessoais e sociais, seus valores pessoais prévios à admissão, como também as experiências e vivências durante o curso e os mecanismos psicológicos defensivos acionados no contato com pacientes. Os conflitos e emoções geradas neste complexo processo terão reflexo na conduta profissional. Elas questionam se estas condições podem estar relacionadas com diversas manifestações de sofrimento psíquico relatadas entre estudantes de medicina e defendem que **os processos pedagógicos devem contemplar a construção da subjetividade dos estudantes**. “O ensino médico que não reflete sobre o ser humano que há no médico participa de modo altamente prejudicial nas deformações adaptativas do futuro profissional” (MARTINS, 1991 apud RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002)

... ser médico sempre foi... uma das escolhas mais estranhas como vocação, pois implica o desejo de estar sempre próximo ao sofrimento e à morte, contingências tão

temidas pelo ser humano (...) é antes de tudo uma curiosidade e um desejo, consciente ou inconsciente, de saber mais e cuidar melhor daquilo que sentimos como doente em nós mesmos. (Blaya, 1972 apud RAMOS-CERQUEIRA; LIMA, 2002, p. 109)

Entretanto, cientes da sua importância na graduação médica, ainda resta o desafio sobre as estratégias de ensino da ética médica. Lind (2015) descreve que o desenvolvimento moral, apesar de correlacionar fortemente com a escolaridade, parece ser inibido pela graduação médica. Entretanto, pode ser desenvolvido por intervenções específicas para fomentar o desenvolvimento moral e a participação democrática como já descrito pelos estudos de Kohlberg (1984). Em amplo estudo, com cerca de 3.000 estudantes, Lind (2015) evidenciou que a eficácia destas intervenções, utilizando um modelo de ensino denominado “*Konstanz Method of Dilemma Discussion*” (KMDD), que demonstrou aumento considerável nos escores de competência moral. Estes dados são suportados por Eckles et al. (2005) que relatam alguns estudos que corroboram com o benefício de estratégias baseadas em discussão em pequenos grupos de forma prolongada durante a graduação. Estes dados reforçam a importância de desenvolver currículos que incluam formalmente estas intervenções, de caráter longitudinal e transversal no currículo, não o relegando às condições aleatórias do currículo oculto, como hoje prevalece. A pesquisadora brasileira Elma Zoboli (2010) descreve um método de ensino de ética baseada na deliberação sobre dilemas éticos, com a estratégia denominada deliberação em Leque de Possibilidades de Deliberação Moral. Estas propostas têm em comum a abordagem reflexiva e argumentativa sobre dilemas éticos, reais ou hipotéticos, que permitem ao aluno desenvolver criticamente o raciocínio moral.

Os estudos sugerem que o atual modelo educacional tem se demonstrado insuficiente para propiciar adequado desenvolvimento da competência moral dos estudantes de medicina. Embora sem consenso, observa-se que, independentemente dos parâmetros conceituais, a ética na educação médica deve ser compreendida com foco no cuidado do paciente, suplantando os limites legais ou normativos. Para tal, a formação ética demanda estratégias mais reflexivas, que contemplem a subjetividade e aspectos atitudinais que impactem na postura do médico, como humanismo, empatia e respeito, mas também sua conduta na sociedade e o compromisso com a justiça e cidadania. Desta forma, considerando a importância, as deficiências e as lacunas sobre a formação ética, faz-se necessário otimizar seu diagnóstico, verificar se confirmam os relatos de estagnação ou erosão moral e investigar os fatores que possam os influenciar. Assim, desta forma, permitir-se-á o desenvolvimento de estratégias educacionais mais adequadas à

expectativa de formação profissional cidadã, associadas a sólidos princípios éticos e valores como a autonomia e a dignidade humana.

3 JUSTIFICATIVA

O tema “Ética”, apesar de enorme diversidade e heterogeneidade de conceitos e aplicações, tanto da ética na prática médica quanto (e principalmente) na educação médica, tem reconhecida importância histórica. Seu debate tem tido lugar internacionalmente diante das recentes discussões sobre educação médica e sobre a reformulação dos currículos de graduação de medicina, que contemplam a necessidade de uma formação com maior enfoque humanístico e atitudinal, que incluem os valores éticos ao lado de outros como *accountability* e profissionalismo.

A literatura internacional sugere a ocorrência de certo declínio moral, ora referido como “cinismo” ora como “erosão ética”, ao longo da graduação médica. Na literatura nacional encontram-se alguns estudos que avaliam questões referentes ao raciocínio ou à competência moral durante a formação médica nas faculdades brasileiras, muitos dos quais corroborando com os dados internacionais, entretanto ainda ensejam melhor compreensão sobre os fatores que condicionam ou influenciam o desenvolvimento do raciocínio moral durante a formação médica.

Assim, considerando a crescente preocupação acadêmica sobre educação médica e o papel da formação ética nas novas plataformas curriculares, consideram-se necessário estudos que aprimorem o diagnóstico do desenvolvimento ético-moral dos estudantes de medicina no Brasil, e os fatores a ele associados, para permitir a discussão de estratégias educacionais mais efetivas na formação ética na graduação médica. Faz-se importante, ainda, discutir e aperfeiçoar as ferramentas e estratégias avaliativas, observado como persistente desafio da educação moral.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Compreender a competência moral dos estudantes de medicina durante a graduação.

4.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a competência moral dos estudantes de medicina;
- Comparar as mudanças da competência moral entre estudantes em diferentes momentos do curso;
- Identificar aspectos sociodemográficos, curriculares, acadêmicos, culturais, de história de vida e de atividades extracurriculares, que possam estar relacionados à competência moral dos alunos;
- Discutir a aplicabilidade das ferramentas de avaliação da competência moral entre estudantes.

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho do Estudo

Estudo quantitativo exploratório, observacional, com recorte transversal, com aplicação de dois questionários autorrespondidos.

5.2 População e amostra

População: alunos do primeiro e quinto períodos e do último ano, correspondentes ao 11º e 12º períodos, do curso de medicina.

Amostra e amostragem: foram selecionados para o estudo, por critério de conveniência, 139 alunos, sendo 58 do 1º período, 36 do 5º período e 45 alunos dos 11º e 12º períodos (sexto ano), respectivamente 44%, 63% e 36,5% dos alunos regularmente matriculados em cada etapa do curso. Os alunos do 11º e do 12º período (corresponde ao sexto ou último ano do curso) foram abordados conjuntamente, pois participam simultaneamente de atividades de internato.

5.3 Cenário de desenvolvimento do estudo

O estudo foi desenvolvido em uma instituição privada de ensino superior que adota, desde sua implantação, o currículo com metodologia *Problem Based Learning* (PBL). O curso oferecia 80 vagas por período, até o ano de 2017, em 2018 houve um aumento de vagas subindo para 130 vagas por período. A instituição é credenciada ao ProUni - Programa Universidade Para Todos, programa do Governo Federal, que possibilita o ingresso de alunos de baixa renda nas universidades particulares, com bolsas integrais ou parciais. E sedia o Mestrado Profissional Ensino em Saúde, recomendado pela CAPES e aprovado pelo MEC, vinculado a Medicina (área de avaliação Medicina II, área de concentração: Ensino em Saúde) (UNIFENAS, 2018; 2019).

O projeto político-pedagógico da instituição, alinhado às novas DCN, contempla o “objetivo de desenvolvimento de competências profissionais que incluem, entre outras, o exercício da medicina com postura ética e visão humanística do paciente, de sua família e da comunidade”

(UNIFENAS, 2018, p. 6). O currículo, orientado e baseado na comunidade, em sintonia com as novas DCN, contempla inserção na comunidade desde o primeiro período do curso, articulado às ações do SUS, como a Atenção Primária à Saúde e as Redes de Atenção à Saúde.

Entretanto, na matriz curricular não constam disciplinas específicas sobre ética médica, cujo conteúdo é inserido em discussões de temas relativos à ética em outras disciplinas, em especial as “Práticas Médicas na Comunidade”. Disciplinas, estas, distribuídas por vários períodos, destacadamente no 4º período, quando se incluem oficinas sobre o processo de envelhecimento, a terminalidade, a morte e prevenção quaternária. Discussões relativas à ética são também incluídas de forma esparsa em outros momentos do curso, como na apresentação do CEM e do Código de Ética do Estudante de Medicina, no primeiro período do curso, e na disciplina de Metodologia Científica, que aborda ética em pesquisa, contemplando os princípios da bioética. Outras oportunidades para tais discussões se dão nas atividades de extensão como o “Projeto Doutores Só Riso” e a “Liga Acadêmica de Humanidades Médicas e Cuidados Paliativos”

5.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos alunos voluntários regularmente matriculados cursando o 1º (calouros), o 5º e os 11º/12º períodos (ou último ano) do curso de medicina.

Foram excluídos do estudo os indivíduos com idade inferior a 18 anos, assim como os que recusaram ou retiraram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) ou que tenham preenchido de forma inadequada ou incompleta os instrumentos de pesquisa.

5.5 Procedimentos e coleta de dados

O recrutamento dos estudantes se deu no decorrer do ano de 2018, sendo os alunos do 1º período abordados no início do ano letivo e os demais no decorrer do ano. Para adequação ao tamanho de amostra, a coleta de dados dos alunos dos últimos períodos (11º/12º) ocorreu em dois momentos distintos, no meio e no final do mesmo ano. O recrutamento se deu durante atividades acadêmicas regulares, após consentimento e acordo prévio com os docentes, quando os alunos foram contatados pessoalmente. Nesta oportunidade foram apresentados ao estudo e convidados a participar. Aos alunos que demonstraram interesse, foram aplicados o TCLE, com

o adequado esclarecimento e, a seguir, foram apresentados os dois questionários para preenchimento na própria sala de aula.

5.6 Instrumentos de coleta de dados

- Questionário com dados sociodemográficos, acadêmicos e extracurriculares – (APÊNDICE B)
- Teste de Competência Moral – MCT-xt [© MJT 1977-2005 by G. Lind & Patrícia Bataglia (1998, for *the Portuguese version*)], de autoria do Dr. Georg Lind, em edição em português, traduzida e validada no Brasil pela Dra. Patrícia Bataglia (2010). O instrumento MCT foi discutido detalhadamente na seção “2.2.1 *Teste de Competência Moral*”, página 22. Por solicitação expressa dos autores, que restringem seu uso a pesquisas e o vetam para diagnóstico individual ou com propósitos de seleção, para disponibilização da versão integral do MCTxt deve ser feito contato diretamente com eles.

5.5.1 Estudo piloto

Antes do início da coleta de dados com aplicação dos questionários na população de interesse, foi realizado um estudo piloto, para se avaliar a aplicabilidade dos questionários. Este estudo preliminar foi efetuado com voluntários de um cursinho pré-vestibular EDUCAFRO Núcleo Atitude, em Ipatinga/MG. Participaram deste estudo oito indivíduos, com idade variando de 18 a 38 anos, tendo sido apresentado o projeto de estudo, o TCLE e os questionários, tais como previsto para o estudo em questão. O tempo para preenchimento dos instrumentos variou de 10 a 20 minutos. Após a aplicação discutiu-se sobre a compreensão dos instrumentos, as dúvidas e dificuldades relativas ao seu preenchimento. Por não ser objetivo do estudo, os dados obtidos desta aplicação do questionário não foram analisados e foram mantidos sobre estrito sigilo.

5.6 Resumo da metodologia de análise estatística empregada

Os dados sociodemográficos e de atividades acadêmicas e extracurriculares foram analisados com apresentação das medidas descritivas mínimo, máximo, média, desvio-padrão (d.p.), intervalo de confiança de 95% de confiança para a média e quartis (Q1 e Q3), além de percentuais como medidas para descrever os resultados das variáveis estudadas.

Para fins de análise estatística foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Variáveis de desfecho (dependentes): escore C (global e segmentado) do Teste de Competência Moral estendido (MCTxt), variando em uma escala linear de 0 a 100 e distribuídos por categorias de “muito baixo” a “extremamente alto”, conforme previsto por Lind (Vide seção 2.2.1 *Teste da Competência Moral*, p. 22).
- Variáveis explicativas (independentes): período do curso, aspectos curriculares, acadêmicos, sociodemográficos e experiências extracurriculares.

Com o objetivo de comparar os alunos dos três períodos quanto a cada um dos escores C-MCTxt (global, segmentado por dilema e agrupados dois a dois) foi aplicada a técnica paramétrica da análise de variância com um fator (ANOVA – Oneway), tendo baseado no teste robusto de igualdade de médias de Welch – quando da não homogeneidade das variâncias.

Os dados também foram apresentados em gráficos de boxplot, como uma medida para avaliar a variabilidade de uma variável entre grupos de interesse, com os quartis (Q1, Q2 e Q3), que contemplam, respectivamente, 25%, 50% e 75% das medidas abaixo deles. Nestes gráficos de bloxplot, foram considerados os seguintes parâmetros e símbolos:

- O símbolo “●” no gráfico refere-se a um valor considerado “extremo”;
- O símbolo “*” no gráfico refere-se a um valor considerado “outlier”;
- O símbolo “—” (contínuo) dentro da “caixa” corresponde à medida da mediana;
- O traço contínuo, na vertical, nas extremidades da caixa (————) refere-se aos valores entre o mínimo/máximo e os quartis 1 e 3 correspondentes;
- ‘Caixa’ → Intervalo entre o 1º e 3º quartis (50% dos dados estão “dentro” da caixa).

Com o objetivo de avaliar se as variáveis “período do curso do aluno” e “os dilemas” influenciam no escore C-MCTxt, foi aplicada uma análise de variância (ANOVA) baseado num modelo de medidas repetidas. Feito isto em virtude de os dilemas estarem relacionados entre si (ou seja, medidas repetidas numa mesma unidade amostral - aluno) e dado que um mesmo aluno responde aos 3 dilemas (operário, médico e juiz).

Para avaliar se existe correlação entre os dilemas, empregamos a análise de correlação de Pearson (Teste paramétrico), expresso através da relação (r). Para o qual foi considerado como correlação forte ($r > 0,75$), moderada a forte ($0,40 \leq r \leq 0,75$) e fraca ($r < 0,40$).

Por fim, para avaliar se alguma das variáveis sociodemográficas e de atividades acadêmicas e extracurriculares dos alunos poderiam explicar os escores C-MCTxt (global ou segmentado), foi desenvolvido um modelo de regressão linear múltipla. Para o qual, foram selecionadas as variáveis como possíveis preditoras com base na frequência das categorias. Para avaliar a presença de multicolinearidade entre as variáveis preditoras, foi utilizada como parâmetro a medida do fator de inflação de variância (VIF). Para avaliar se os pressupostos de normalidade dos resíduos do modelo de regressão linear múltipla final foram atendidos, foram utilizados os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk.

Para execução destas análises estatísticas, será utilizado o *software* estatístico SPSS 17. Todos os resultados foram considerados estatisticamente significativos para uma probabilidade de significância inferior a 5% ($p < 0,05$), tendo, portanto, pelo menos 95% de confiança nas conclusões apresentadas.

✓ **Cálculo amostral:**

- Cálculo do tamanho amostral, a priori, para análise de variância baseado num modelo de medidas repetidas, sendo, 3 grupos de alunos pesquisados (Período do curso: 3 subgrupos) e 3 variáveis medidas num mesmo aluno (ou seja, 3 dilemas medidos no mesmo aluno).

✓ **Parâmetros iniciais para o cálculo da amostra:**

- Tamanho do efeito = 0,20 (Tamanho de efeito pequeno);
- Probabilidade do erro $\alpha = 0,05$ (5%), portanto, Nível de confiança $(1 - \alpha) = 95\%$;
- Poder $(1 - \text{probabilidade do erro } \beta) = 0,90$ (90%), portanto, $\beta = 0,10$;
- Número de grupos estudados = 3 períodos do curso;
- Número de variáveis medidas num mesmo aluno = 3 dilemas;

✓ **Tamanho da amostra final estimado:**

- Tamanho amostral total = 138 alunos, portanto, 46 alunos por período.

5.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNIFENAS, a partir da Plataforma Brasil, CAAE: 82290017.0.0000.5143 recebendo o parecer número: 2.523.406 (ANEXO A), de 02/03/2018. Para a inclusão no estudo, todos os participantes do estudo consentiram previamente a participação através do TCLE (APÊNDICE A) garantindo-lhes autonomia e sigilo.

6 RESULTADOS

6.1 Análise descritiva da população estudada

Foram selecionados para o estudo 139 alunos, sendo 58 do 1º período, 36 do 5º período e 45 alunos dos 11º e 12º períodos (correspondentes aos internatos do 6º ano), respectivamente, 44%, 63% e 36,5% dos alunos regularmente matriculados em cada etapa do curso. Salientamos que o número maior de alunos do primeiro período se deve ao aumento do número de alunos matriculados nesta instituição a partir de 2018, subindo de 80 para 130 alunos/ano.

A amostra estudada (TAB. 1) é caracterizada pelo predomínio de indivíduos do sexo feminino (64,7%), brancos (77,5%), solteiros (95,7%), de famílias de alta renda (41,5% têm renda familiar acima de 10 salários mínimos) e alta escolaridade (71,6% dos responsáveis financeiro pela família com curso superior ou pós-graduação) e que não residem com os familiares (63,3%), que podem ser oriundos de outros municípios e/ou estados. A idade dos alunos acompanhou o período do curso, variando a mediana de 19 anos no 1º período a 25 anos no último ano. Em média 15,8% recebem alguma modalidade de bolsa (ou equivalente), variando de apenas 3,4% no 1º período a 26,7% no último ano. Cabe ressaltar aqui, que, como os dados dos calouros foram coletados no início do ano letivo, alguns alunos candidatos a bolsa (ou outras formas de financiamento universitário) poderiam não ter obtido ainda a liberação dos benefícios requeridos, uma vez que estas podem ocorrer após o início das aulas.

Tabela 1 - Análise descritiva dos dados sociodemográficos dos alunos, por período do curso e no geral

Variáveis	Período do curso						GERAL	
	1º período		5º período		11º/12º períodos		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Sexo								
<i>Masculino</i>	19	32,8	15	41,7	15	33,3	49	35,3
<i>Feminino</i>	39	67,2	21	58,3	30	66,7	90	64,7
Idade (anos)								
<i>Mediana</i>	19,0		21,5		25,0		22,0	
<i>Mínimo – Máximo</i>	18,0 – 37,0		19,0 – 27,0		21,0 – 41,0		18,0 – 41,0	
Raça / Cor								
<i>Branca</i>	45	78,9	31	86,1	31	68,9	107	77,5
<i>Outras</i>	12	21,1	5	13,9	14	31,1	31	22,5
Estado civil								
<i>Solteiro(a)</i>	55	96,5	36	100,0	41	91,1	132	95,7
Tem filhos?								
<i>Não</i>	57	98,3	36	100,0	43	95,6	136	97,8
Renda familiar								
<i>< 2 S.M.</i>	0	0,0	4	11,4	1	2,3	5	3,7
<i>De 2 a 10 S.M.</i>	29	51,8	19	54,3	12	27,9	60	44,8
<i>> 10 S.M.</i>	27	48,2	12	34,3	30	69,8	69	51,5
Escolaridade do responsável financeiro pela família								
<i>Fundamental</i>	2	3,6	4	11,4	4	9,3	10	7,5
<i>Médio</i>	10	17,9	12	34,3	6	14,0	28	20,9
<i>Superior ou Pós-graduação</i>	44	78,5	19	54,3	33	76,7	96	71,6
Bolsista (ou equivalente)?								
<i>Sim</i>	2	3,4	8	22,2	12	26,7	22	15,8
Reside c/ familiares?								
<i>Sim</i>	26	44,8	9	25,0	16	35,6	51	36,7

Base de dados: 139 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11/12º períodos → 45 alunos)

Nota: A diferença entre os totais de alunos por período do curso e no geral referem-se ao número de casos sem informação.

Quanto à análise dos dados referentes às atividades acadêmicas e extracurriculares (TAB.2), observamos que a adesão a atividades extracurriculares é muito baixa, sendo que acima de 90% dos indivíduos negavam curso prévio em ciências humanas ou sociais ou prática regular de atividades esportivas, religiosas ou políticas. A participação regular de atividades artística e/ou filantrópica, foi referida por 45,8% e por 29,4%, enquanto em atividades de extensão, iniciação científica e pesquisa, como esperado, elevaram-se durante o curso, atingindo no último ano, respectivamente, 48,1%, 33,3% e 25,9%. Quanto à preferência por especialidade clínica variou de 46,2% no primeiro a 63,6% no quinto período.

Tabela 2 - Análise descritiva dos dados de atividades acadêmicas e extracurriculares dos alunos, por período do curso e no geral

Variáveis	Período do curso						GERAL	
	1º período		5º período		11º/12º períodos		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Especialidade pretendida?								
<i>Clínica</i>	24	46,2	21	63,6	26	60,5	71	55,5
Já fez algum curso relacionado a ciências humanas ou sociais?								
<i>Não</i>	53	91,4	35	97,2	22	81,5	110	90,9
Atividade Esportiva								
<i>Não</i>	49	84,5	30	85,7	18	66,7	97	80,8
<i>Eventualmente</i>	5	8,6	1	2,9	8	29,6	14	11,7
<i>Regularmente</i>	4	6,9	4	11,4	1	3,7	9	7,5
Atividade Religiosa								
<i>Não</i>	45	77,6	34	97,1	19	70,4	98	81,7
<i>Eventualmente</i>	8	13,8	1	2,9	6	22,2	15	12,5
<i>Regularmente</i>	5	8,6	0	0	2	7,4	7	5,8
Atividade Política								
<i>Não</i>	41	70,6	29	82,8	20	74,1	90	75,0
<i>Eventualmente</i>	13	22,4	2	5,7	3	11,1	18	15,0
<i>Regularmente</i>	4	7,0	4	11,5	4	14,8	12	10,0
Atividade Artística								
<i>Não</i>	22	37,9	12	34,3	10	37,0	44	36,7
<i>Eventualmente</i>	13	22,4	4	11,4	4	14,9	21	17,5
<i>Regularmente</i>	23	39,7	19	54,3	13	48,1	55	45,8
Atividade Filantrópica								
<i>Não</i>	25	43,9	22	62,8	8	29,7	55	46,2
<i>Eventualmente</i>	15	26,3	4	11,4	10	37,0	29	24,4
<i>Regularmente</i>	17	29,8	9	25,8	9	33,3	35	29,4
Curso de extensão								
<i>Sim</i>	5	8,6	15	42,9	13	48,1	33	27,5
Iniciação científica								
<i>Sim</i>	2	3,4	4	11,1	9	33,3	15	12,4
Pesquisa								
<i>Sim</i>	4	7,0	3	8,3	7	25,9	14	11,7

Base de dados: 139 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11/12º períodos → 45 alunos)

Nota: A diferença entre os totais de alunos por período do curso e no geral referem-se ao número de casos sem informação.

6.2 Avaliação dos escores de competência moral (total e segmentado por dilema) dos estudantes de medicina e análise de comparativa entre os períodos do curso

Os escores C MCTxt, foram analisados de forma total, segmentado por dilema e agrupados dois a dois dilemas (escore C-total e segmentados), conforme apresentado na TAB. 3. De forma global, os alunos avaliados apresentaram escores C-total do MCTxt com média de 13,1 e, se considerado o MCT original (com dois dilemas, Operário e Médico), a média do escore C-total foi de 17,4, ambas consideradas baixas. Os valores médios para os escores C-segmentados por dilema foram, 38,2, 21,5 e 33,3, respectivamente operário, médico e juiz. Considerando o

escore C-segmentado com dois dilemas, as médias foram 20,7 para operário/juiz e 13,5 para médico/juiz.

Tabela 3 - Análise comparativa entre os períodos do curso dos alunos no que tange aos escores C-Total e Segmentado do MCTxt

Dilemas / Período	n	Medidas descritivas			
		Mínimo	Máximo	Média	d.p.
Total					
1º período	58	2,3	45,1	15,7	10,5
5º período	36	1,6	34,7	11,8	7,8
11º/12º períodos	45	0,1	33,0	11,0	7,2
Conclusão:		p* = 0,019 → 1º período > (5º período = 6º ano)			
Operário / Juiz					
1º período	58	1,3	62,2	24,3	15,5
5º período	36	0,5	44,2	19,8	10,7
11º/12º períodos	45	0,6	55,1	16,8	11,0
Conclusão:		p* = 0,021 → 1º período > 6º ano			
Médico / Juiz					
1º período	58	1,6	49,4	16,0	11,6
5º período	36	1,3	44,4	11,6	9,8
11º/12º períodos	45	0,4	36,0	11,7	8,7
Conclusão:		p* = 0,068 → 1º período = 5º período = 6º ano			
Operário / Médico					
1º período	58	2,0	52,8	19,4	12,8
5º período	36	3,7	41,6	16,5	9,8
11º/12º períodos	45	0,4	37,6	15,6	9,9
Conclusão:		p = 0,198 → 1º período = 5º período = 6º ano			
Operário					
1º período	58	2,1	81,2	39,4	22,6
5º período	36	1,3	82,6	40,3	20,8
11º/12º períodos	45	1,4	83,0	35,0	19,9
Conclusão:		p = 0,463 → 1º período = 5º período = 6º ano			
Médico					
1º período	58	0,7	88,0	22,9	17,7
5º período	36	2,5	57,1	20,5	15,5
11º/12º períodos	45	0,0	76,3	20,6	17,1
Conclusão:		p = 0,715 → 1º período = 5º período = 6º ano			
Juiz					
1º período	58	0,0	90,8	38,7	23,3
5º período	36	0,5	74,5	30,0	21,0
11º/12º períodos	45	2,2	64,6	28,3	17,3
Conclusão:		p = 0,028 → 1º período > 6º ano			

Base de dados: 139 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11/12º períodos → 45 alunos)

Nota: **p** → Probabilidade de significância da Análise de Variância com 1 fator (*Oneway*).

* → Probabilidade de significância da Análise de Variância com 1 fator (*OneWay*) baseado no teste robusto de igualdade de médias de Welch – devido à não homogeneidade das variâncias.

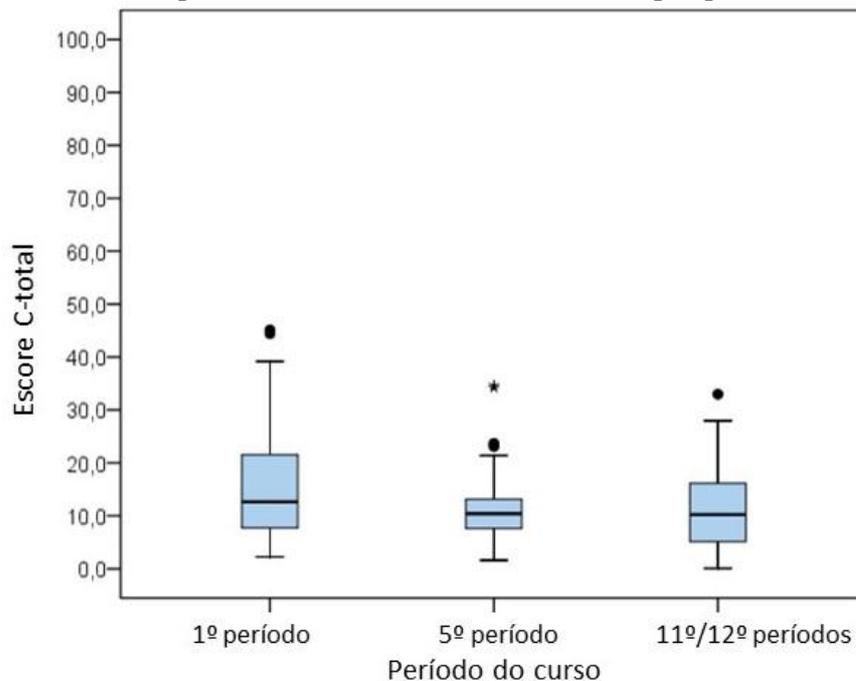
Na análise baseada no escores C-total do MCTxt, foram detectadas médias de escores baixas (inferiores a 20) em todas as etapas do curso estudadas (1º, 5º e 11º/12º períodos). Sendo, respectivamente, 15,7, 11,8 e 11,0, com valores individuais de escores C variando de 0,1 a 45,1. Observou-se, pela análise utilizando o ANOVA *Oneway*, queda estatisticamente significativa entre o 1º período e os demais,

evidenciando declínio da competência moral entre o 1º e 5º período [$p = 0,019 \rightarrow 1^\circ \text{ período} > (3^\circ \text{ período} = 6^\circ \text{ ano})$].

Em subanálises segmentadas, fora identificado declínio entre o 1º e os demais períodos. Sendo que nas análises com escore C-segmentado com dois dilemas (Operário e Juiz) as médias foram, respectivamente, 24,3, 19,8 e 16,8. Enquanto na análise com escore segmentado por dilema, apenas com o do dilema do juiz, as médias foram, respectivamente, 38,7, 30,0 e 28,3. Em ambas as condições se observou queda dos escores, com diferença significativa entre o 1º período e 6º ano (Operário/Juiz $p = 0,021$ e Juiz $p = 0,028$). Entretanto, nas demais análises com escores C-segmentado, os resultados não evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os alunos dos 3 períodos do curso quanto aos escores.

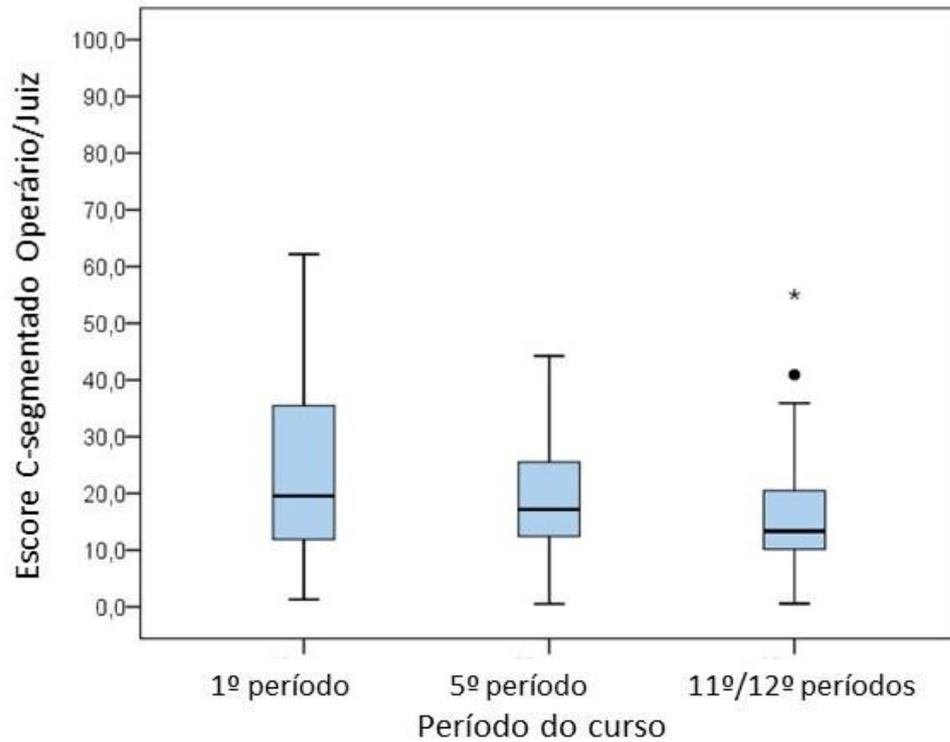
Os GRAF. 1 a 3 apresentam através de Bloxplot os escores MCTxt nos três cenários que evidenciaram diferença estatisticamente significativa (respectivamente, escore C-total, escore C-segmentado com dois dilemas (Operário e Juiz) e escore C-segmentado por dilema (Juiz), por período do curso. Nestes gráficos, são melhor visualizadas a distribuição, por quartis, das medidas dos escores (Os parâmetros e símbolos dos bloxplot estão detalhados na seção 5.6 Metodologia, pag.45).

Gráfico 1 – Bloxpot com os escores C-total do MCT, por período do curso



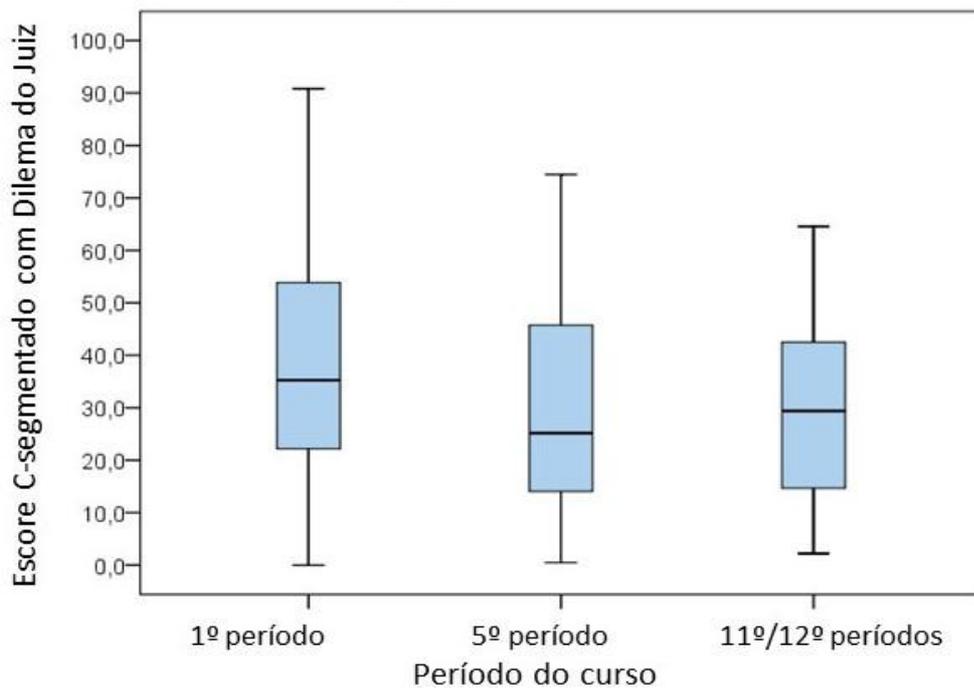
Base de dados: 139 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11/12º períodos → 45 alunos)

Gráfico 2 – Bloxpot com os escores C-segmentado do MCT, com Dilemas Operário/Juiz, por período do curso



Base de dados: 139 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11/12º períodos → 45 alunos)
 Nota: O símbolo “●” refere-se a um valor considerado “extremo” e o símbolo “*” a um valor considerado “outlier”;

Gráfico 3 – Bloxpot com os escores C-segmentado do MCT, com Dilema do Juiz, por período do curso



Base de dados: 139 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11/12º períodos → 45 alunos)

6.3 Análise comparativa entre os períodos do curso dos alunos e os escores de competência moral classificados por categoria

Os dados dos escores C do MCTxt também foram analisados classificando-os nas seis categorias, conforme definido por Lind (2008), variando de “muito baixo” (0 – 9) a “extraordinariamente alto” (a partir de 50) – TAB. 4 e 5. Para as categorias foram realizadas análises com os escores C-total e, alternativamente, com escores C-segmentado com dois dilemas (operário e juiz). Como descrito na seção “2.2.1 Teste de Competência Moral” (pag. 25) esta classificação por categorias só é considerada adequada para o cálculo com apenas 2 dilemas. Desta forma, optou-se por uma subanálise alternativa com a supressão do dilema do médico, que apresentou performance destoante, diante do “fenômeno de segmentação”, como descrito à frente.

Assim, na análise por classificação por categoria, utilizando-se o escore C-total – TAB.4, observa-se que 82,0% dos alunos foram classificados nas categorias mais inferiores (“muito baixo” ou “baixo”), variando de 74,2% para 91,1%, do 1º período para o último ano. Enquanto apenas 1,5% estavam nas categorias mais elevadas (“muito alto” e “extremamente alto”), variando de 3,4% para 0%, mas nenhum na “extremamente alto”.

Tabela 4 – Análise comparativa entre classificação por categorias do escore C-total do MCTxt e período do curso

Classificação escore C	Período do curso						Geral	
	1º período		5º período		11º/12º períodos			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Extraordinariamente alto</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Muito alto</i>	2	3,4	0	0,0	0	0,0	2	1,5
<i>Alto</i>	3	5,2	2	5,6	1	2,2	6	4,3
<i>Médio</i>	10	17,2	4	11,1	3	6,7	17	12,2
<i>Baixo</i>	23	39,7	14	38,9	20	44,4	57	41,0
<i>Muito baixo</i>	20	34,5	16	44,4	21	46,7	57	41,0
TOTAL	58	100,0	36	100,0	45	100,0	139	100,0

Base de dados: 139 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11/12º períodos → 45 alunos)

Nota: p = 0,632

p → Probabilidade de significância referente ao teste *Exato de Fisher*.

Na análise por categoria com escore-C segmentado com dois dilemas (Juiz e Operário) – TAB. 5, observaram-se 58,3% dos estudantes classificados nas categorias inferiores (variando de 51,7% para 71,1%, do 1º período ao último ano), enquanto apenas 9,0% foram classificados nas categorias mais elevadas (variando de 17,2% a 4,4%). Nestas situações, o aparente declínio

para categorias mais baixas entre o 1º período para o último ano não demonstrou significância estatística.

Tabela 5 – Análise comparativa entre classificação por categorias do escore C-segmentado do MCTxt com dois dilemas operário / juiz e período do curso

Classif. escore C	Período do curso						Geral	
	1º período		5º período		11º/12º períodos			
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Extraordinariamente alto</i>	5	8,6	0	0,0	1	2,2	6	3,3
<i>Muito alto</i>	5	8,6	2	5,6	1	2,2	8	5,7
<i>Alto</i>	8	13,8	3	8,3	4	8,9	15	10,8
<i>Médio</i>	10	17,3	12	33,3	7	15,6	29	20,9
<i>Baixo</i>	20	34,4	14	38,9	22	48,9	56	40,3
<i>Muito baixo</i>	10	17,3	5	13,9	10	22,2	25	18,0
TOTAL	58	100,0	36	100,0	45	100,0	139	100,0

Base de dados: 139 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11/12º períodos → 45 alunos)

Nota: $p = 0,311$

$p \rightarrow$ Probabilidade de significância referente ao teste *Exato de Fisher*.

Assim, em todos os cenários analisados com classificação por categoria, com base nos escores MCTxt total e segmentado (pelos dilemas Operário e Juiz), não evidenciaram diferença estatisticamente significativa entre os alunos dos 3 períodos do curso. Portanto, quando analisados os escores classificados por categoria, o período do curso não influenciou a competência moral dos alunos.

6.4 Avaliação da influência do período do curso e dos dilemas nos escores segmentados por Dilema do MCTxt

Com o objetivo de avaliar se os fatores período do curso do aluno e dilemas influenciam no escore de competência moral (MCTxt) foi utilizada a análise de variância (ANOVA) baseada em um planejamento de medidas repetidas. Esta análise não confirmou influência dos períodos do curso nos escores C-segmentados por dilema do MCTxt, entretanto evidenciou influência estatisticamente significativa independente do fator dilema na média dos escores C do MCTxt, isto é, independente do período do curso do aluno e da interação entre dilema e período do curso. Fato este que demonstra o “fenômeno de segmentação”.

A TAB. 6 mostra que, em média, os escores C segmentado do MCTxt do “dilema do operário” e do “dilema do juiz” não diferem significativamente entre si, entretanto, a médias dos escores para estes dois dilemas são significativamente maiores do que os escores C-segmentado do

“dilema do médico” [(Operário = Juiz) > Médico], independentemente do período do curso do aluno. Este comportamento destoante do “dilema do médico” configura o “fenômeno de segmentação”.

Tabela 6 – Avaliação da influência dos fatores período do curso e dilemas nas médias dos escores C-segmentado do MCTxt

Período do curso	Dilema	n	Medidas descritivas			
			Mínimo	Máximo	Média	d.p.
1º período	Operário	58	2,1	81,2	39,4	22,6
	Médico	58	0,7	88,0	22,9	17,7
	Juiz	58	0,0	90,8	38,7	23,3
5º período	Operário	36	1,3	82,6	40,3	20,8
	Médico	36	2,5	57,1	20,5	15,5
	Juiz	36	0,5	74,5	30,0	21,0
11º/12º períodos	Operário	45	1,4	83,0	35,0	19,9
	Médico	45	0,0	76,3	20,6	17,1
	Juiz	45	2,2	64,6	28,3	17,3

Resultado da ANOVA baseado num modelo com 2 fatores independentes:

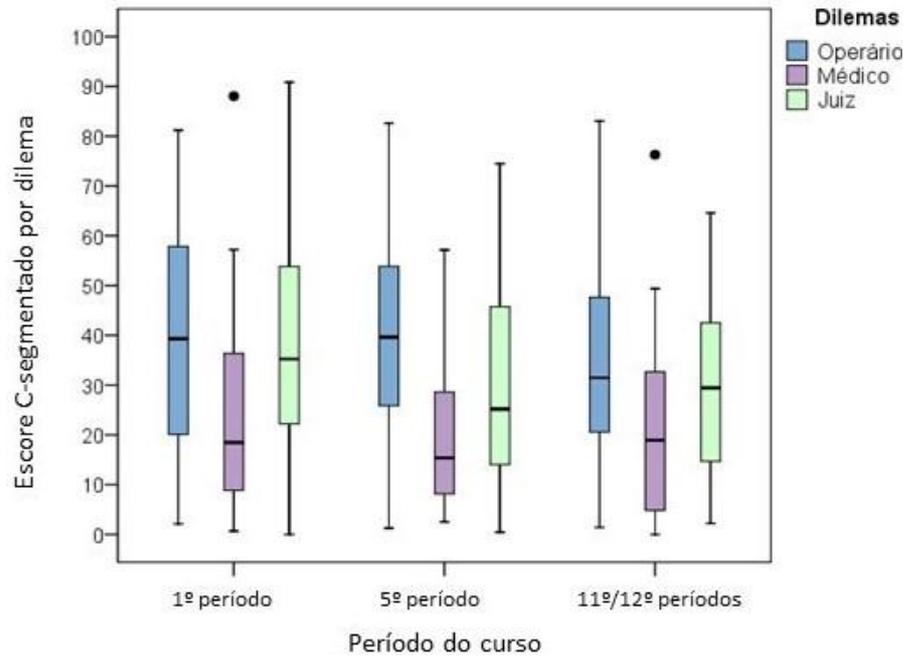
Fonte de variação: Período → ($F_{2; 118} = 1,225$; $p = 0,298$)
 Dilema × Período → ($F_{4; 236} = 1,065$; $p = 0,374$)
 Dilema → ($F_{2; 236} = 21,656$; $p < 0,001$)

Conclusão para Dilema → (Operário = Juiz) > Médico, independentemente, do período do curso

Base de dados: 121 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11º/12º períodos → 45 alunos)
 Nota: **p** → probabilidade de significância da *Análise de Variância baseado num modelo de Medidas Repetidas*.
F → *Estatística da Análise de Variância baseado num modelo de Medidas Repetidas*;

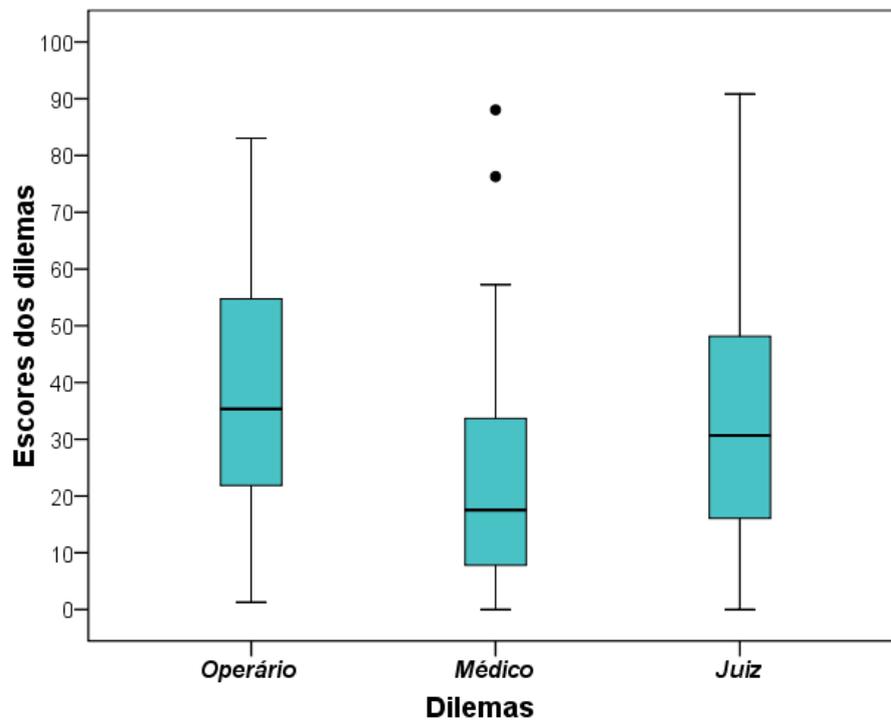
Os GRÁF. 4 e 5 ilustram, através de bloxplot, a relação dos escores C-segmentados do MCTxt com os períodos do curso, permitindo visualizar com maior clareza o comportamento destoante do “dilema do médico” e com escores sempre inferiores aos demais, independentemente dos períodos. Configurando o “fenômeno de segmentação”, (os parâmetros e símbolos dos bloxplot estão detalhados na seção “5.6 Metodologia”, p. 45).

Gráfico 4 – BOXPLOT com os escores C-segmentado do MCTxt, por período do curso



Base de dados: 121 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11º/12º períodos → 45 alunos)
 Nota: O símbolo “•” no gráfico refere-se a um valor considerado “extremo”

Gráfico 5 – BOXPLOT com os escores C-segmentado do MCTxt por dilema



Base de dados: 121 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11º/12º períodos → 45 alunos)
 Nota: O símbolo “•” no gráfico refere-se a um valor considerado “extremo”

A TAB. 7 mostra que não existe correlação estatisticamente significativa entre os três dilemas avaliados 2 a 2 e confirmada pelos baixos valores dos coeficientes de Pearson ($r < 0,40$) gerados. Portanto, o Dilema do Operário não afeta, por exemplo, o escore C do Dilema do Médico. Com isso, pode-se afirmar que os três dilemas se mostraram independentes entre si.

Tabela 7 – Análise de Correlação entre os três dilemas do teste de competência moral

Dilemas	Análise de correlação	
	<i>r</i>	<i>p</i>
<i>Operário × Médico</i>	0,12	0,151
<i>Operário × Juiz</i>	0,11	0,186
<i>Médico × Juiz</i>	0,12	0,153

Base de dados: 121 alunos (1º período → 58 alunos, 5º período → 36 alunos e 11º/12º período → 45 alunos)

Nota: O valor de *p* refere-se à probabilidade de significância da *Análise de Correlação de Pearson*

r → Coeficiente de correlação de *Pearson*

6.5 Análise da relação das variáveis sociodemográficas e acadêmicas com os escores de competência moral

Para avaliar se as variáveis sociodemográficas e acadêmicas dos alunos estariam relacionadas com os escores de competência de moral (escores C do MCTxt total e segmentado), foi aplicado o modelo de Regressão Linear Múltipla. Para tal, foram selecionadas, a partir da frequência de distribuição das variáveis sociodemográficas e acadêmicas dos alunos, nove variáveis (período do curso, sexo, raça / cor, estado civil, renda familiar, escolaridade do responsável, bolsista, reside com a família, especialidade pretendida e fez curso de humanas/sociais), consideradas como possíveis variáveis independentes/preditoras/explicativas. Com o objetivo de identificar as variáveis que poderiam, de forma conjunta e estatisticamente significativa, explicar os escores de moralidade, considerado como variável desfecho do estudo, foi desenvolvido um modelo de regressão linear múltipla para os o escore C-total (com três dilemas) e escores C-segmentado (para cada dilema) do MCTxt.

As análises realizadas apresentaram variabilidade explicada (R^2) muito baixa, sendo de 13,8% no modelo com escore C-total de MCTXT e nas análises segmentadas, variou de 2,8% no dilema do médico (pior modelo) a 13,8% no dilema do juiz (melhor modelo), com base nas variáveis independentes/preditoras levantadas neste estudo, demonstrando um modelo insatisfatório. Ressalta-se que a medida de R^2 pode variar de 0 a 100%, sendo que quanto mais próximo de 100% for a medida R^2 o modelo ajustado será melhor e mais preciso e quanto mais

próximo de 0 (zero) o modelo ajustado será pior e menos preciso. Os modelos de regressão linear múltipla gerados estão disponíveis no APÊNDICE C.

Assim, na maioria das situações analisadas, as variáveis preditoras/independentes apresentaram baixa probabilidade de significância - com p não significativos e altos, isto é, com baixa relação de forma conjunta com a variável desfecho de interesse. A exceção é referente à variável “residir com a família”, que apresentou significância estatística no escore C-total ($p = 0,044$) e no dilema do juiz ($p = 0,029$). Refletindo, desta forma, que residir com a família estaria associado a escores mais elevados. Outro destaque, embora pouco expressivos e de valor duvidoso, foi a “especialidade pretendida”, tendo a opção por especialidade clínica apresentado correlação não significativa ($p = 0,062$) apenas no dilema do operário. Desta forma, pode-se afirmar que, apesar destas variáveis (especialmente “residir com a família”) estarem associadas aos escores, elas parecem não explicar suficientemente a variabilidade do escore, dado que a baixa variabilidade explicada (R^2) do modelo.

Cabe ressaltar que nos resultados não foi observado problema de multicolinearidade entre as variáveis preditoras utilizadas no modelo para explicar as medidas do escore de todos os dilemas, uma vez que cada uma das variáveis preditoras/independentes apresentaram valores para os fatores de inflação de variância (VIF) inferiores ou muito próximos ao valor 2, portanto, abaixo do ponto de corte considerado como possível presença de multicolinearidade no modelo estudado. Além disso, em todas as análises, os pressupostos de normalidade dos resíduos do modelo de regressão linear múltipla final foram atendidos ($p \geq 0,05$ para os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov e de Shapiro-Wilk). Os erros estimados (resíduos) são aleatórios e as variáveis preditoras apresentam comportamento homocedástico, isto é, os resíduos para cada nível das variáveis preditoras têm a mesma variância. Com isso, os resultados gerados pela análise de regressão linear múltipla para a variável desfecho “escore de competência de moral” são confiáveis e fidedignos.

7 DISCUSSÕES

7.1 Considerações sobre a população estudada – análise amostral

A população estudada apresenta perfil socioeconômico bastante homogêneo, com predomínio de indivíduos brancos, solteiros, sem filhos e de famílias com alta renda e escolaridade. Este perfil da amostra pode ser influenciado por ser uma instituição de ensino privada e que, contudo, não representa a diversidade social da população universitária brasileira, conforme descrito pelo Instituto Nacional de estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (2018). Cabe destacar ainda um percentual de bolsista (ou equivalente) mais baixo no primeiro período, o que pode decorrer de os dados dos calouros terem sido coletados antes da liberação dos benefícios requeridos, uma vez que essas podem ocorrer após o início das aulas, e/ou devido as mudanças na política nacional de financiamento escolar. Na comparação entre os grupos por etapa do curso, observa-se que os alunos apresentam características sociodemográficas semelhantes, com a exceção naturalmente da idade e de ser beneficiário de bolsa (ou equivalente) – como já discutido, entretanto sugere que os alunos do último ano apresentem renda familiar superior aos demais.

O reduzido número de indivíduos masculinos pode de alguma forma comprometer os escores, haja vista a possível influência do gênero no escore C (MCT), como constatado por Rego (2003) e Feitosa (2013a; 2013b), entretanto estes estudos citados também tinham predomínio feminino, em proporção não muito diferente da encontrada. Por outro lado, tal homogeneidade, aliada à frequência muito baixa de participação em atividades extracurriculares, parece ter impactado na análise da correlação destes fatores com os escores. Não tendo sido possível traçar perfis ou definir *clusters* entre os alunos que possam manter relação com o desenvolvimento moral.

7.2 Avaliação dos escores de competência moral dos alunos de medicina

Neste estudo, foram identificados escores de moralidade muito baixos nas três etapas do curso estudadas, sendo observada média do escore C-total do MCTxt (com três dilemas) de 13,1 (caindo de 15,7 no 1º período para 11,0 no último ano). Se utilizado o MCT original, excluindo o dilema do juiz, de modo a permitir melhor comparação com trabalhos internacionais,

identifica-se escore-C médio de 17,4 (variando de 19,4 a 15,6). Ou, ainda, se optado pelo escore C-segmentado com os dilemas operário/juiz (excluindo o dilema do médico pior performance) observa-se escore médio de 20,7 (caindo de 24,3 para 16,8, do 1º período para o último ano). Independente da variação de escore C escolhida, observam-se médias de escores inferiores aos apresentados pelos estudos nacionais e, ainda pior, os internacionais.

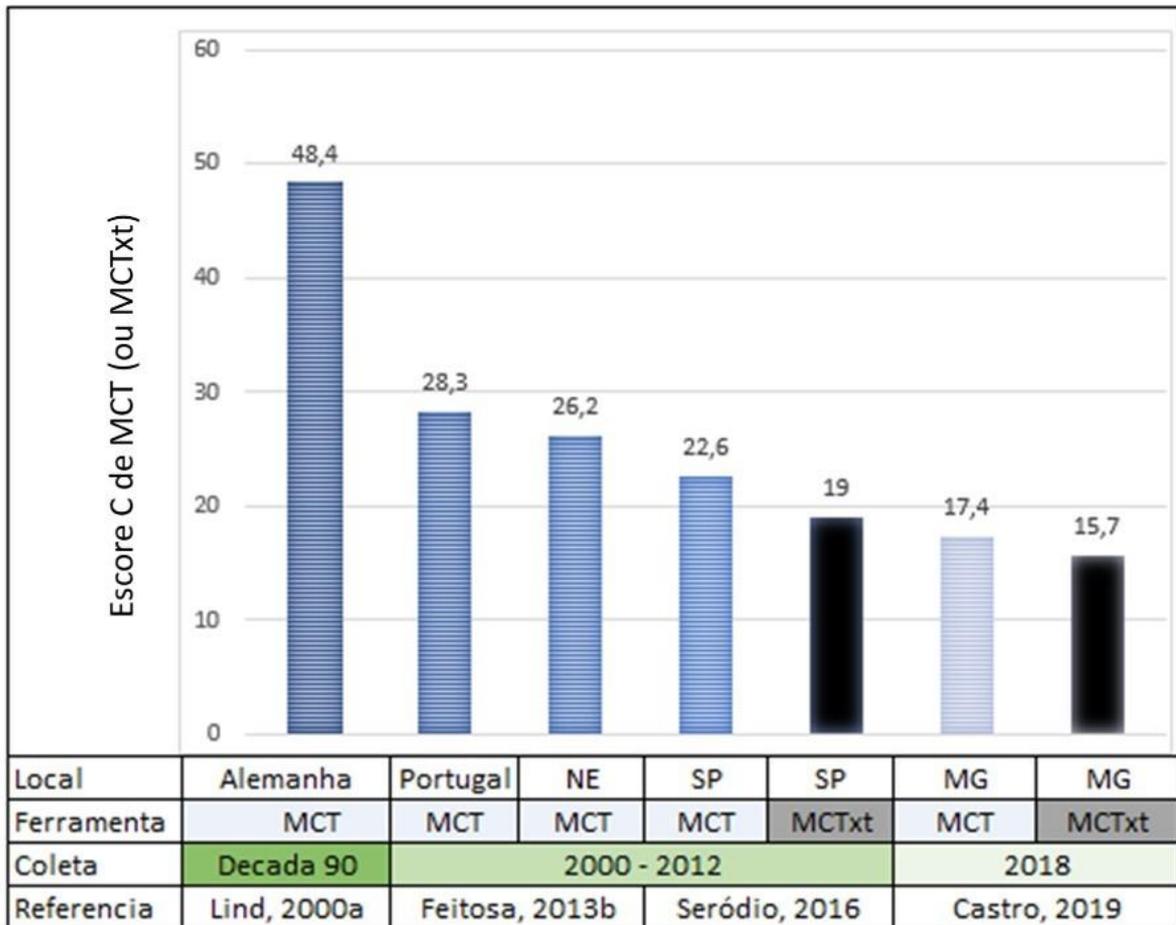
Quando analisados os resultados classificados nas categorias de Lind (2008), as médias situaram no nível “baixo” de competência moral em todos os períodos, estando a maioria dos alunos nas categorias “muito baixo” ou baixo”. Esta observação, se repete quando classificado considerando o MCTxt (com três dilemas), ou mesmo utilizando o escore C-segmentado “operário/juiz”, variação com dois dilemas com melhor performance e, talvez, a melhor para comparação com estudos internacionais. Reafirma-se, assim, que a maioria dos alunos estudados se encontram em patamares muito baixos de moralidade.

Nas comparações com os estudos desenvolvidos no Brasil, como descrito por Feitosa (2013a) que relata escore-C médio do MCT (original) de 23,4 (caindo de 26,2 a 20,5, do 1º para 8º períodos) entre alunos de uma faculdade de medicina do Nordeste Brasileiro. Ou, por Seródio (2016), em estudo que avaliou distintas estratégias de ensino de ética em escola pública de São Paulo, que observou escores-C do MCTxt variando de 19,0 a 17,7 ou escore-C do MCT (com 2 dilemas) variando de 22,6 a 20,3 (no grupo sem intervenção). Cabe salientar que todos estes estudos apresentam metodologias e amostras semelhantes ao atual. Observa-se, assim, que os escores relatados neste estudo, demonstram cerca de 6 pontos menores que o estudo do Nordeste (utilizando o MCT com dois dilemas) e cerca de 4 ou 5 pontos abaixo do paulista (respectivamente, com dois ou três dilemas).

Na comparação com populações de estudantes de medicina europeus, a diferença é ainda maior. Sendo que os estudantes de Portugal, citado por Feitosa (2013b), apresentaram escore C médio do MCT (com 2 dilemas) de 29,7 (variando de 28,3 no 1º a 31,3 no 8º período). Enquanto em estudos descritos por Lind (2000a), os alunos de medicina alemães apresentaram escore C do MCT médio variando de 48,4 a 44,6, no decorrer do curso. Nestas comparações, observa-se diferença maior que 12 pontos abaixo da média dos portugueses (mais de 40% menor) e cerca de 30 pontos abaixo da média do estudo alemão (mais de 60% menor). Mesmo se for considerado o escore com dois dilemas de melhor performance (ou seja, excluindo o dilema do

médico), o resultado é bastante inferior, com cerca de 9 pontos abaixo dos portugueses e mais de 25 pontos menor que dos alemães.

Figura 4 – Comparação dos escores de avaliação moral de estudantes de medicina do 1º período de estudos em diversos contextos



Para compreender as acentuadas diferenças entre os patamares de escore, comparando o atual estudo com os demais, poder-se-ia discutir se os baixos escores aqui descritos, desde o início do curso, poderiam estar relacionados às peculiaridades da população estudada, considerando tratar-se de uma instituição privada e, provavelmente, menos competitiva que, por exemplo, as universidades públicas dos demais estudos brasileiros. Pois, conforme descrito por Bataglia (2010) alunos de universidades mais competitivas (ou seja, instituições mais procuradas) apresentam escores de moralidade mais elevados.

Na comparação com os estudos internacionais, vale considerar o quanto as diferenças histórico-culturais poderiam impactar nestes escores. Observa-se aparente diferença entre os escores dos estudos em países latinos (Portugal e Brasil) em relação ao alemão, contextos estes com

distintos padrões de estrutura de política, cultural e, sobretudo, religiosa, como relatado por Lind (2016), a influência das religiões protestantes em relação à católica. Há que se considerar, inclusive, que as diferenças observadas na performance do instrumento MCT entre estes contextos, refletidas no “fenômeno de segmentação”, possam também influenciar negativamente os escores dos países latinos, especialmente na América Latina. Outra discussão é quanto às tradições políticas, a maturidade das democracias e o exercício da cidadania, antes às relações inter-humanas em sociedade. Pois, como afirmado por Lind, há íntima relação entre competência moral e construção de democracias sólidas: “O alto ideal moral da democracia não pode ser alcançado sem cidadãos que desenvolveram um nível suficientemente elevado de competência moral-democrática” (LIND, 2016, p. 37). Lind, ainda, discute a influência da obediência à autoridade e às instituições, que refletem, por exemplo, a experiência de sociedades expostas a guerras e a revoluções.

Outra perspectiva a ser considerada nesta discussão, diante das significativas diferenças dos escores observados entre os diversos estudos, é o potencial impacto das questões geracionais. Pois, observa-se que as populações dos estudos citados parecem compreender gerações distintas. Sendo que a maioria dos estudos internacionais, discutidas por Lind (2000a), parecem ter sido desenvolvidos na década de 90, abordando grupos de estudantes da conhecida “geração X”. Enquanto os estudos de Feitosa (2013a, 2013b) e de Seródio (2016), aparentemente ambos desenvolvidos até 2012, representem a “geração Z” (geração Net ou Milênio) nascida entre anos 80 e 90. E este estudo aborda indivíduos nascidos na virada do século XXI, representando a “geração Y”.

Segundo Calliari (2018), existe a compreensão de que as gerações podem ter impacto no processo educacional, sabendo-se que a prevalência das tecnologias é fator diferencial importante entre elas. Tem sido descrito, por exemplo, uma redução significativa do hábito da leitura em contraposição ao aumento da exposição aos diversos recursos eletrônicos e tecnológicos. Enquanto esta diferente interação com a tecnologia parece impactar no processamento de informações e nos modelos de pensamento, além dos interesses sociais e profissionais. Por sua vez, a percepção e interação com a sociedade, ou visão da humanidade, também parece vir se alterando ao longo das gerações, inclusive no Brasil. Este pesquisador brasileiro (CALLIARI, 2018) também descreveu estudos nacionais que evidenciam que a “geração Y” tem apresentado maior sociabilidade, porém com uma percepção de sociedade mais egocêntrica, com valores menos universais, que as anteriores.

Esta caracterização em gerações sabidamente não se restringe à unidade temporal, nem é uma variável determinista ou homogênea. Mas, as gerações contemplam identidades coletivas específicas e refletem, de alguma forma, o contexto histórico-social de cada parcela populacional. Desta forma, acredita-se que estas mudanças geracionais venham a impactar nas características em comum, incluindo atitudes e valores (CALLIARI, 2018). Outros autores (SANDARS e MORRISON, 2007; BORGES, 2010) também demonstram que as questões geracionais, em especial entre as gerações X e Y, teriam forte impacto nos processos de ensino-aprendizagem e de desenvolvimento de atitudes e habilidades entre estudantes de medicina. Por outro lado, observa-se que o instrumento de avaliação moral utilizado no presente estudo, bem como na maioria dos supracitados, tem como premissa a valorização da abordagem humanitária, como referência para os níveis morais mais elevados. Assim, poder-se-ia questionar se tal declínio de escores observado nos estudos, que contemplam amostras de distintas gerações, possa estar relacionado a estas mudanças geracionais.

7.3 Discussão sobre estagnação e declínio moral na graduação médica

Nas análises univariadas (ANOVA *oneway*), correlacionando os escores obtidos a partir do MCTxt (total ou segmentado) com os períodos do curso, foram identificadas quedas estatisticamente significativa do escore entre o 1º período e os demais. Tal fato foi observado apenas quando considerados os escores C-total (com três dilemas) e os C-segmentado com dois dilemas (operário/juiz) e o do juiz isolado. Entretanto, na análise multivariada (ANOVA com modelo de medidas repetidas), que avaliou a interação entre escores, dilemas e períodos, não identificou influência do período nos escores. Também não se identificaram diferenças estatisticamente significativas quando analisada a relação entre as categorias e os períodos.

Assim, por um lado, baseado em algumas subanálises univariadas, este estudo demonstrou queda dos escores de competência moral durante a graduação em medicina. Confirmando, desta forma, os relatos de “declínio moral” no decorrer da formação médica, amplamente citados na literatura nacional e internacional (FEITOSA et al., 2003, ECKLES et al., 2005, PATERNAUDE et al., 2003 e SELF, 1998, REGO, 2003), descrito ainda mais enfaticamente, por alguns autores, como “erosão ética” (FEUDTNER 1994). Destaca-se, ainda, que o declínio detectado ocorreu principalmente entre o 1º e o 5º períodos, corroborando com o artigo do Hojat

et al. (2009), que alega que o “demônio está no 3º ano”, como referência ao período crítico para a regressão moral.

Por outro lado, na análise multivariada, não se confirmou tal declínio, mas demonstrou estagnação moral, conceito aplicado para descrever a ausência de desenvolvimento moral esperado. Assim, mesmo considerando a possibilidade de não haver declínio, mas estagnação moral, este estudo corrobora de autores como Self (1996, pag. 444), para o qual “a experiência da educação médica parece inibir o aumento do raciocínio moral dos estudantes de medicina que, de outro modo, seria de se esperar de jovens adultos dessa idade e nível educacional”. Esta observação contrapõe-se às proposições de Piaget e Kohlberg (REGO, 2003; ARGUTO, 2017), segundo as quais o desenvolvimento moral deveria acompanhar os níveis educacionais, e de Lind (2015, Pag. 12), que afirma que “vários estudos de estudantes adolescentes evidenciam alta correlação entre níveis de educação e desenvolvimento moral”. De tal forma, este estudo comprova claramente a ausência de progressão (ou até declínio) do desenvolvimento moral, caracterizada pela não ocorrência progressão do escore C (MCT) esperada durante a formação acadêmica.

Não obstante, vale ressaltar que os dados discordantes de declínio ou estagnação moral observados partem de níveis baixos (ou muito baixos) de escores morais. Cabe, então, retomar a discussão apresentada por autores como Feitosa (2013a) e Lind (2000a) que, com ressalvas, debatem um possível “efeito teto” (“*ceiling effect*”) para justificar a não progressão da competência moral em estudantes de medicina europeus. Isto se justificaria dado que estes estudantes já apresentavam escores muito elevados no início do curso o que poderia prejudicar a percepção de desenvolvimento moral. Entretanto, no presente estudo, pode-se discutir o inverso, se os patamares tão baixos de escore-C, desde a admissão, não poderiam estar prejudicando a percepção de regressão moral mais significativa, sugerindo, portanto, um possível “efeito piso” (“*floor effect*”).

Por fim, vale considerar outros aspectos extrínsecos, como o potencial impacto das recentes mudanças nas Diretrizes Curriculares Nacionais no Brasil, que poderiam estar influenciando em um menor declínio nos escores de competência moral que os citados em outros estudos nacionais. Ou, ainda, considerar a influência do modelo curricular da instituição, sabendo-se que este estudo foi conduzido em uma instituição que adota no currículo a metodologia PBL

(*Problem Based Learning*), entretanto não há evidência que tal modelo curricular tenha influência nas questões atitudinais como o comportamento moral.

7.4 A performance do Teste de Competência Moral na avaliação de estudantes de medicina

O estudo demonstrou performance distinta dos dilemas, observada pelo comportamento destoante do dilema do médico em relação aos demais, confirmando o “fenômeno de segmentação” (LIND, 2008), bem descrito na América Latina. A análise multivariada demonstrou que os dilemas do operário e do juiz comportaram de forma equivalente, independentemente do período avaliado, e que estes tendem a apresentar escores semelhantes entre si, mas significativamente superiores aos do “Médico”, $\{(Operário = Juiz) > Médico\}$. Enquanto nas análises univariadas, já foi possível perceber que os escores C-segmentados para dilemas do operário e juiz comportam de forma semelhante, enquanto o médico apresenta valores muito distintos e sempre inferiores. Sendo bem ilustrado na TAB. 3 e nos GRÁF. 4 e 5 (Seções 6.2 e 6.3). Observa-se, por exemplo, que a inclusão do dilema do médico parece limitar a percepção de declínio do escore C, uma vez que causa redução nos escores que o incluem e “achatamento” das curvas dos gráficos.

Considerando que “a consistência interna se baseia no princípio de que cada parte do teste deve ser consistente com as outras partes” (COOPER; SCHINDLER, 2003 apud BATAGLIA, 2010, p. 89), atenta-se que a divergência entre os escores dos dilemas pode comprometer a consistência interna ou confiabilidade do teste. Assim, a supressão do dilema do médico poderia contribuir para melhorar a coerência e validade do teste.

Por outro lado, sabendo que o escore C também é influenciado negativamente pelo número de dilemas utilizados (o escore C calculado com 3 três dilemas é sempre menor do que 2 dilemas, que é menor que cada dilema separadamente). Como descrito por Lind (2008, Pag. 200), “se o C-score for calculado apenas para cada dilema separadamente, será maior porque a variação devido ao contexto do dilema é omitida.”. Assim, o escore C-segmentado com os dilemas do MCTxt de melhor performance em nosso meio (operário e juiz) poderia reproduzir um nível de escore mais comparável ao escore C MCT (original), na Europa. Desta forma, ambos escores com dois dilemas suportariam valores mais equivalentes, superiores ao do MCTxt (com três Dilemas) e sem a influência negativa do dilema do médico neste contexto.

Este fenômeno, também, traz implicações para a classificação por categorias no nosso meio, pois estas não são apropriadas pelos cálculos com o escore MCTxt (com três dilemas), como já descrito por Lind, nem pelo escore MCT, que é distorcida pela influência negativa do dilema do médico. Em ambas as situações a classificação traria resultados falseados negativamente. Desta forma, o emprego do escore C-segmentado com os dilemas operário e juiz, no nosso meio, permitiria categorização mais equiparável com a do MCT original, na Europa.

7.5 Relação das variáveis sociodemográficas e acadêmicas com a competência moral

Com o intuito de tentar compreender melhor os relatos de “erosão ética” na formação médica, citados por vários autores, buscou-se identificar variáveis relacionadas à história de vida dos alunos que os explicassem. No modelo de regressão linear desenvolvido, apesar de se mostrar confiável e fidedigno, apenas a variável “residir com a família” demonstrou correlação com os escores de competência moral. Esta variável, apesar de associada a escores mais elevados, parece não explicar suficientemente a variabilidade dos escores. Entretanto, esta variável pode refletir direta, ou indiretamente, outras variáveis (não abordadas no estudo) que expliquem melhor a variabilidade. Desta forma, apesar de não ser suficiente para estabelecer relação entre as variáveis selecionadas e a competência moral, o estudo sinaliza para uma variável que possa ser desdobrada ou que permita identificar condições correlatas que expliquem a variação dos escores. Provavelmente, este resultado não tenha sido mais elucidativo em consequência do padrão bastante homogêneo da amostra, quanto aos componentes socioeconômicos, e da baixa participação em atividades extracurriculares, incluindo as relacionadas às ciências humanas e sociais e às práticas religiosas, esportivas e políticas.

Portanto, permanecem lacunas na explicação dos fatores que influenciam o inadequado desenvolvimento moral durante a graduação médica. A possibilidade de que fatores estejam relacionados à história de vida dos estudantes, incluindo questões socioeconômicas, culturais e acadêmicas não está descartada. Em especial, a possibilidade de variáveis relacionadas à residência e/ou ao afastamento da estrutura familiar. Para tal, seria importante ampliar estas análises comparando amostras de estudantes com maior heterogeneidade e que expressem com maior confiabilidade a diversidade da população brasileira, incluindo também maior diversidade de instituições de ensino. Devem-se, ainda, buscar outras variáveis ou formas de abordagem que possam explicar melhor o referido comportamento do desenvolvimento moral,

como questões relativas aos vínculos/dinâmicas familiares, à saúde mental dos alunos, à autoestima, à espiritualidade, à metacognição, dentre outros.

Por fim, sabendo da importância do ambiente educacional, citado por Lind, como determinante ao desenvolvimento moral dos estudantes. Faz-se necessário estender os estudos a outras questões e variáveis relativas às organizações de ensino que propiciem ambientes favoráveis, ou não, ao desenvolvimento moral. Inclui-se aí a avaliação moral do corpo discente e sua correlação com o status moral dos alunos. Pois, os professores, reconhecidamente, exercem o papel de modelo com potencial de influenciar os alunos no desenvolvimento de atitudes e valores, sobretudo dos aspectos ético-morais que ainda são relegados ao currículo oculto. Restará, ainda, como desafio compreender como estas instituições e seus docentes têm atuado para atender às demandas oriundas das mudanças geracionais já citadas e qual o impacto das novas plataformas curriculares em implantação.

7.6 Outras considerações: limitações e perspectivas sobre o estudo

Quanto às limitações observadas neste estudo, destaca-se o desenho escolhido (estudo transversal) que compara estudantes diferentes em três etapas do curso, não permite avaliar com fidedignidade a progressão da moralidade. O desenho ideal para avaliação do desenvolvimento moral no decorrer do curso seria um estudo longitudinal, de Coorte, que permitiria avaliar os mesmos alunos e acompanhá-los durante todo o curso. Desta forma, seria possível avaliar com maior acurácia características individuais que influenciassem, positiva ou negativamente, no desenvolvimento moral. Entretanto, reconhece-se ser um estudo mais difícil, que demandaria um tempo de observação mínimo de seis anos. Outra limitação observada, na comparação dos resultados, refere-se aos períodos abordados, pois na literatura são encontrados trabalhos que abordam diferentes etapas do curso. Assim, não havendo homogeneidade das etapas dos cursos avaliadas, em diferentes estudos, ficam prejudicadas as comparações entre eles.

Não obstante, ficam como perspectivas e propostas para complementação deste estudo, considerar estender o acompanhamento dos alunos do primeiro período, transformando-o em um estudo de Coorte. Buscar outras variáveis sociodemográficas e acadêmicas que possam explicar melhor o desenvolvimento moral. E, ainda, dado a excessiva homogeneidade da amostra estudada, caberia estender o estudo, incluindo alunos de distintas instituições, aumentando variabilidade da amostra e a representatividade da população geral de estudantes

de medicina. Por outro lado, considerando as hipóteses de influência das questões geracionais e do papel do professor, a avaliação da competência moral destes educadores poderia, também, engrandecer estas análises.

Por fim, vale considerar utilizar outras estratégias de análises dos dados já obtidos, como avaliando os aspectos qualitativos dos argumentos e correlações com estágios de desenvolvimento moral de Kohlberg.

8 CONCLUSÕES

Este estudo identificou, entre os alunos avaliados, escores de competência moral baixos em todos os períodos desde a admissão na graduação médica, com valores inferiores aos descritos na literatura.

Na comparação entre os períodos, foi identificada queda significativa dos escores, tanto com redução do escore C-total quanto de algumas subanálises segmentadas, evidenciando regressão da competência moral, entre o 1º período e os demais. Entretanto, na análise com distribuição por categorias não se identificou diferença entre os períodos, sendo que em todos a maioria dos alunos de todos os períodos demonstraram níveis baixos ou muito baixos de moralidade. De forma semelhante, na análise multivariada não se confirmou influência dos períodos nos escores de competência moral. Em ambas as situações não foi possível evidenciar a regressão moral, mas sugerindo ocorrência da estagnação moral, compreendida pela não ocorrência do desenvolvimento moral esperado durante o curso de graduação.

Na avaliação da performance da ferramenta de avaliação da competência moral, observou-se que os escores C segmentado do MCTxt do “dilema do operário” e do “dilema do juiz” não diferem significativamente entre si. Entretanto, as médias dos escores para estes dois dilemas são significativamente maiores do que os escores C-segmentado do “dilema do médico” [(Operário = Juiz) > Médico], independentemente do período do curso do aluno. Assim, constatou-se o “fenômeno de segmentação” do MCtxt, já bem relatado na América Latina, observado a partir do comportamento destoante do “dilema do médico”, com escores médios inferiores aos demais, e influenciando negativamente o escore global.

No tocante à análise das variáveis sociodemográficas, acadêmicas e extracurriculares, apuradas através do questionário aplicado e analisadas através do modelo de regressão linear, apenas a variável “residir com a família” demonstrou associação estatisticamente significativa com os escores. Entretanto, o modelo não foi suficiente para explicar a variabilidade dos escores e determinar correlação relevante entre estas variáveis e o escore de competência moral.

9 APLICABILIDADE

A compreensão do processo de desenvolvimento moral dos estudantes de medicina e dos fatores que possam estar relacionados a sua progressão (ou não progressão) é extremamente relevante para se rediscutir as estratégias de ensino-aprendizagem da ética e da moralidade durante a graduação médica. A descrição da estagnação moral nos estudantes de medicina é preocupante e reforça a necessidade de adequação dos currículos, incluindo ensino formal da ética no currículo oficial, de forma transversal e longitudinal, valorizando atividades de caráter reflexivo e argumentativo. Devendo ser consideradas atividades em pequeno grupo com discussão de casos éticos associados à prática profissional.

Outra questão fundamental é a adequação de ferramentas avaliativas, que contribuam para acompanhar o desenvolvimento moral dos estudantes, durante a graduação médica. Ressaltamos, aqui, a perspectiva de utilização do teste MCTxt adaptado, que tem se mostrado viável como estratégia avaliativa para os cursos de medicina. Ressalta-se a perspectiva de sua adaptação aos diversos contextos, como uma versão alternativa com emprego dos dois dilemas (Operário e Juiz).

Desta forma, diante destas importantes reflexões a respeito da formação universitária, em particular em medicina, este estudo sinaliza para a necessidade de discussão das estratégias educacionais, tanto no ensino superior, quanto em níveis inferiores. Evidenciando o desafio para o desenvolvimento de competências atitudinais e das questões ético-morais, talvez mais pronunciadas pelas demandas das recentes questões geracionais.

REFERÊNCIAS

- AGURTO, M. et al. Índice C en médicos de dos centros hospitalarios chilenos según el test de competencia moral de Lind. **Revista Médica de Chile**, Santiago, v. 145, n. 9, p. 1122-1128, 2017.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1975.
- BATAGLIA, P. U. R. A Validação do Teste de Juízo Moral (MJT) para Diferentes Culturas: O Caso Brasileiro. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 83-91, 2010.
- BATAGLIA, P. U. R. et al. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. **Estudos de Psicologia**, Natal, p. 25-32, 2010.
- BATAGLIA, P. U. R. et al. Moral segmentation in MJT studies: cultural influences [Resumo]. 32nd **Annual Conference of the Association of Moral Education - Getting Involved: global citizenship development and sources of moral values. Proceedings**, p. 54-55. Friburgo: Suíça. 2006.
- BEAUCHAMP, T. L. Promise of the Beneficence Model for Medical Ethics. **J. Contemp. Health L. & Pol'y**, Washington, v. 6, p. 145-155, 1990.
- BIAGGIO, A. M. B. Kohlberg e a "Comunidade Justa": promovendo o senso ético e a cidadania na escola. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 10, n. 1 p. 46-69, 1997
- BLAYA, M. Dinâmica de grupo em Psiquiatria. **Alter**, Brasília, v. 3, p. 193, 1972.
- BORGES, N. J. et al. Differences in motives between Millennial and Generation X medical students. **Medical education**, Oxford, v. 44, n. 6, p. 570-576, 2010.
- BRASIL; BRASIL. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014, Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, p. 8-11, 23 de junho de 2014.
- CALLIARI, M. P. et al. **Importância e urgência de uma revisão na abordagem geracional na atualidade: uma proposta**. Dissertação de Mestrado em Educação, Arte e História da Cultura, Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2018.
- CARNEIRO, L.A., et al. O Ensino da Ética nos Cursos de Graduação da Área de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. 412 – 421, 2010.
- CFM. Código de Ética Médica. Resolução CFM Nº1931/2009, **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção I, p.173, 13 de outubro de 2009. Disponível em: <http://www.portalmédico.org.br/novocodigo/> . Acesso em: 20 maio 2017.
- COOKE, M. et al. American medical education 100 years after the Flexner report. **New England journal of medicine**, Waltham, v. 355, n. 13, p. 1339-1344, 2006.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração**. Bookman Porto Alegre, RS, 2003

COSTA, A. J. **A competência moral dos contabilistas certificados portugueses**. 2016. 228f. Tese (Doutoramento em Contabilidade) – Universidade de Aveiro, Portugal. 2016.

DOUKAS, D. J. et al. Perspective: Medical education in medical ethics and humanities as the foundation for developing medical professionalism. **Academic Medicine**, Washington, v. 87, n. 3, p. 334-341, 2012.

ECKLES, R. E. et al. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. **Academic medicine**, Washington, v. 80, n. 12, p. 1143-1152, 2005.

FEITOSA, H. N. et al. Moral Judgment Competence of Medical Studentes: a Pilot study **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 37, p 05-14, 2013a

FEITOSA, H. N. et al. Moral Judgment Competence of Medical Studentes: a transcultural study **Advances in Health Sciences Education**, New York, v. 18, p 1067-1085, 2013b

FEUDTNER C. et al. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. **Academic Medicine**, Washington, v. 69, n. 8, p. 670-9, 1994

GADON, M., GLASSER, M., Medical Professionalism and Social Accountability in Medical Education. **Education for Health**, Mumbai, v. 19, n. 3, p. 287-288, 2006

GONÇALVES, R. C. **Ética do cuidado e empatia: em defesa de uma metaética sentimentalista para os direitos humanos**. 2012. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Jurídicas) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Editora Vozes. 1999

HEBERT, P. C. et al. "Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto." **Journal of medical ethics**, St Helens, v. 18, n.3, p. 142-147 1992

HOFFMAN, M. L. **Empathy and moral development: Implications for caring and justice**. Cambridge University Press, Cambridge, 2001.

HOJAT, M. et al Physician Empathy: Definition, Componentes, Measurement, and Relationship to Gender and Specialty, **American Journal of Psychiatry**, Washington, v. 159, n. 9, p. 1563-1569, 2002.

HOJAT, M. et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. **Academic Medicine**, Washington, v. 84, n. 9, p. 1182-1191, 2009.

HUME, D. **A Treatise of human nature**. Clarendon Hume Edition Series. Oxford University Press, Oxford, 2007

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA. **Sinopse Estatística da Educação Superior 2017**. Brasília: INEP, 2018. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/basica-censo-escolar-sinopse-sinopse>>. Acesso em: 13 out 2018.

KOHLBERG, L. **Essays on moral development: The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages**, v. 2, Harper&Low, San Francisco, CA, 1984.

LEPRE, R. M. **Raciocínio Moral e Uso Abusivo de Álcool por Adolescentes**. Tese de Doutorado, Marília, SP, 2005

LIND, G. The Meaning and Measurement of Moral Judgment Competence. A Dual-Aspect Model. In Fasko, D. & Willis, W. **Contemporary Philosophical and Psychological Perspectives on Moral Development and Education**. Creskill, Estados Unidos: Hampton Press, p. 185 – 220, 2008

LIND, G. Favorable learning environments for moral competence development. A multiple intervention study with 3.000 students in a higher education context. **International Journal of University Teaching and Faculty Development**, New York, n. 4, v.4. 2015 Disponível em <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2015_Favorable_learning.pdf>. Acesso em: 15 nov 2018.

LIND, G. **How to Teach Morality: Promoting Deliberation and Discussion, Reducing Violence and Deceit**, Logos Verlag Berlin GmbH, Berlin, 2016

LIND, G. Moral Regression in Medical Students and Their Learning Environment. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3., p. 24-33, 2000a

LIND, G. O significado e medida da competência moral revisitada: Um modelo do duplo aspecto da competência moral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 13, n.3., p. 399-41, 2000b

LIND, G. The cross-cultural validity of the Moral Judgment Test: Findings from 29 cross-cultural studies. In: **Presentation at the conference of the American Psychological Association**. Washington, p. 18-21, 2005. Disponível em <<https://pdfs.semanticscholar.org/2138/799764086370c78e51114cd9bf1b1288f5fb.pdf>>, Acesso em: 15 nov 2018

LORAUX, N. A Tragédia Grega e o Humano p.30, in NOVAES, A. **Ética**. São Paulo, Cia das Letras, 1992

MAHAJAN, R. et al. Professionalism and ethics: A proposed curriculum for undergraduates. **International Journal of Applied and Basic Medical Research**. Mumbai, v. 6, n. 3, 2016

MARTINS, L.A.N. Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. **Revista Brasileira de Clínica e Terapêutica**, São Paulo, n. 20, p. 355-64, 1991.

MASCIA, A. R. et al. Atitudes relevantes da prática médica. **Revista Brasileira De Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 33 n. 1. p. 40 – 48, 2009.

MEANEY, M. E. Freedom and democracy in health care ethics: Is the cart before the horse?. **Theoretical Medicine And Bioethics**, Cham,, v. 17, n. 4, p. 399-414, 1996.

MELO, N. W. *et al.* Moral Competence and Spirituality in Medical Education: Challenge or Reality?. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 1, p. 43-52, 2016.

MORENO, C. Moral education in higher education and the transformation of a concern: a historical account. In: **Annual Meeting of the Association for Moral Education**, Cambridge, MA. 2005.

NODDINGS, N. Complexity in caring and empathy. **Abstracta**, Düsseldorf, v. 6, n. 2, p. 6-12, 2010.

NOVAES, A. Cenários p. 7, in NOVAES, A. **Ética**. São Paulo, Cia das Letras, 1992.

NUREMBERG, Código de. **Normas éticas sobre experimentación en seres humanos**. Nuremberg, [s.n], 1947.

PATERNAUDE, J., et al. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. **Canadian Medical Association Journal**. Ottawa, v. 168, n. 7, p. 840 – 844, 2003.

PIAGET, J. **O juízo moral na criança**. São Paulo: Summus, 1994.

PIMENTEL, D. OLIVEIRA, C. B., VIEIRA, M. J. Teaching of Medical Ethics: Student's Perception in Different Periods of the Course. **Revista Medica de Chile**, Santiago, v. 139, p. 36-44, 2011

RAMOS-CERQUEIRA, A. T., LIMA, M. C. P. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 6, p. 107-116, 2002.

REGO, S. T. A. **Saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos: estudo sobre a formação ética dos estudantes de medicina**. 2001. 173 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2001

REGO, S. T. A. **A Formação Ética dos Médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos**. 169 p. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2003

REST, J. R. **DIT: Manual for the Defining Issues Test**. University of Minnesota Center for the Study of Ethical Development, Minneapolis, 1986.

REST, J. R. et al. **Postconventional moral thinking: A neo-Kohlbergian approach**. Psychology Press, Londres, 1999.

REZENDE, J.M. **À sombra do plátano: crônicas de história da medicina**, 408 p. São Paulo: Editora Unifesp, 2009

SANDARS, J; MORRISON, C. What is the Net Generation? The challenge for future medical education. **Medical teacher**, Dundee, v. 29, n. 2-3, p. 85-88, 2007.

SELF, D. J.; BALDWIN, D. C.Jr. Moral reasoning in medicine. In: **Moral development in the professions**. Hove/UK, Psychology Press, 1994. p. 159-174.

SELF, D. J., BALDWIN, D.C.Jr Does medical education inhibit the development of moral reasoning in medical students? A cross-sectional study **Academic Medicine**, Washington, v. 73, n. 10, p. S91-S93, 1998

SELF, D. J., et al. Further exploration of the relationship between medical education and moral development **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**. Cambridge, v. 5 n. 3, p. 444-449, 1996

SERODIO, A. et al. The promotion of medical students' moral development: a comparison between a traditional course on bioethics and a course complemented with the Konstanz method of dilemma discussion. **International Journal of Ethics Education**, New York, v. 1, n. 1, p. 81-89, 2016

SILVA, E. R. Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas. **Psicologia, ciência e profissão**. Brasília, v. 2,1 n. 4, 2001.

SLOTE, M. **The ethics of care and empathy**. London, Routledge, 2007.

TERNDRUP, C. A student's perspective on medical ethics education. **Journal of religion and health**, Cham, v. 52, n. 4, p. 1073-1078, 2013.

UNIFENAS, **Prática Médica na Comunidade, Diário de Campo, 4º Período**, Belo Horizonte, 2018

UNIFENAS, **Projeto Pedagógico do Curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), campus de Belo Horizonte**, Belo Horizonte, 2019

VASCONCELOS, E. Juramento de Hipócrates. **Revista Paulista de Medicina**, São Paulo, v. 83, p. 196 – 204, 1974

VAZQUEZ, A. S. **Ética**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997

ZOBOLI, E. L. C. P. **Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de valores na prática clínica da atenção básica**. (Tese de Livre-Docência de Enfermagem em Saúde Coletiva). Universidade de São Paulo. 2010

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar como voluntário de uma pesquisa proposta pela Universidade José do Rosário Vellano que está descrita em detalhes abaixo.

Para decidir se você deve concordar ou não em participar desta pesquisa, leia atentamente todos os itens a seguir que irão informá-lo e esclarecê-lo de todos os procedimentos, riscos e benefícios pelos quais você passará, segundo as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

1. **Identificação do(a) voluntário(a) da pesquisa:** Nome: _____
 Gênero: __ Data de Nascimento: __/__/____
 Identidade: _____ Órgão Expedidor: _____

2. **Dados da pesquisa:**

a. Título do Projeto: **Avaliação da Competência Moral de Estudantes de Medicina**

b. Universidade/Departamento/Faculdade/Curso:

UNIVERSIDADE JOSÉ DO ROSÁRIO VELLANO - UNIFENAS

PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO EM SAÚDE

c. Projeto: (X) Unicêntrico () Multicêntrico

d. Instituição Co-participante:

e. Patrocinador: o próprio pesquisador

f. Professor Orientador: Alexandre de Araújo Pereira

Pesquisador Responsável: (X) Estudante de Pós-graduação () Professor Orientador

3. **Objetivo da pesquisa:**

Compreender o desenvolvimento moral dos estudantes de medicina durante a graduação.

4. **Justificativa da pesquisa:**

Analisar o desenvolvimento moral dos estudantes de medicina, e os fatores a ele associados, para revisão das estratégias educacionais na formação ética na graduação médica.

5. **Descrição detalhada e explicação dos procedimentos realizados:**

Aos alunos convidados e que consentirem em participar deste estudo, com o adequado esclarecimento, receberão dois questionários para preenchimento na sala de aula.

6. **Descrição dos desconfortos e riscos da pesquisa:**

(X) Risco Mínimo () Risco Baixo () Risco Médio () Risco Alto

A aplicação do questionário poderá trazer um algum risco psicológico, intelectual ou de exposição do participante da pesquisa. Para tal, serão tomadas todas as medidas cabíveis para garantir o sigilo e evitar qualquer constrangimento ou exposição dos indivíduos. Salienta-se, que os dados apurados através dos questionários nunca serão divulgados individualmente, só permitindo seu emprego para avaliação coletiva e com fins de estudo.

7. **Descrição dos benefícios da pesquisa:**

A avaliação da competência moral dos alunos durante a graduação em medicina, permitirá ampliar a discussão sobre a formação ética durante a educação médica e compreender variáveis que possam a influenciar. Com isso, possibilitará revisão das estratégias educacionais da formação acadêmica, com ênfase na ética médica. Não haverá nenhum benefício direto ao participante, embora estes possam se beneficiar futuramente com o desenvolvimento de novas estratégias de ensino-aprendizagem

8. **Despesas, compensações e indenizações:**

a. Você não terá despesa pessoal nessa pesquisa incluindo transporte, exames e consultas.

b. Você não terá compensação financeira relacionada à sua participação nessa pesquisa.

9. Direito de confidencialidade:

- a. Você tem assegurado que todas as suas informações pessoais obtidas durante a pesquisa serão consideradas estritamente confidenciais e os registros estarão disponíveis apenas para os pesquisadores envolvidos no estudo.
- b. Os resultados obtidos nessa pesquisa poderão ser publicados com fins científicos, mas sua identidade será mantida em sigilo.
- c. Imagens ou fotografias que possam ser realizadas se forem publicadas, não permitirão sua identificação.

10. Acesso aos resultados da pesquisa:

Você tem direito de acesso atualizado aos resultados da pesquisa, ainda que os mesmos possam afetar sua vontade em continuar participando da mesma.

11. Liberdade de retirada do consentimento:

Você tem direito de retirar seu consentimento, a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu cuidado e tratamento na instituição.

12. Acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, aos profissionais responsáveis pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca de procedimentos, riscos, benefícios, etc., através dos contatos abaixo:

Pesquisador: Marcio Rodrigues de Castro

Telefone: (31) 99952.5242

Email: marcioinfecto@terra.com.br

Professor Orientador: Alexandre de Araujo Pereira

Telefone: (31) 988668081

Email: alexandre.pereira@unifenas.br

13. Acesso à instituição responsável pela pesquisa:

Você tem garantido o acesso, em qualquer etapa da pesquisa, à instituição responsável pela mesma, para esclarecimento de eventuais dúvidas acerca dos procedimentos éticos, através do contato abaixo:

Comitê de Ética - UNIFENAS:

Rodovia MG 179, Km 0, Alfenas – MG

Tel: (35) 3299-3137

Email: comitedeetica@unifenas.br

segunda à sexta-feira das 14 às 16h

Fui informado verbalmente e por escrito sobre os dados dessa pesquisa e minhas dúvidas com relação a minha participação foram satisfatoriamente respondidas.

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos pesquisadores e à instituição de ensino.

Tive tempo suficiente para decidir sobre minha participação e concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante a mesma, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dará autorização aos pesquisadores, ao patrocinador do estudo e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, de utilizarem os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha identidade.

Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

_____, ____ de _____ de _____

Voluntario

Pesquisador

APÊNDICE B - Questionário com dados sócio demográficos, acadêmicos e extracurriculares

1	Data da coleta:					#
2	Faculdade:					ID
3	Período:					
4	Sexo:	Masculino ()	Feminino ()			
5	Idade:					
6	Raça/Cor:	Branca ()	Preta ()	Parda ()	Amarela ()	Outra: _____
7	Estado civil:	Solteiro ()	Casado ()	Separado ()	Outro: _____	
8	Tem filhos:	Não ()	Sim ()	Quantos ()		
9	Renda familiar					
	(Salário Mínimo: 1 SM = R\$969)	Menor 2 SM ()	De 2 a 10SM ()	Acima 10 SM ()		
10	Escolaridade do responsável					
	financeiro pela família	Fundamental ()	Médio ()	Superior ()	Pós-Graduação ()	
11	Bolsista: (ou equivalente)	Não ()	Sim ()			
12	Reside com familiares:	Não ()	Sim ()			
13	Ano de ingresso na faculdade:					
14	Especialidade pretendida:	Clínica ()	Cirúrgica ()	Outra ()	Qual? _____	
15	Formação acadêmica prévia em					
	ciências humanas ou sociais:	Não ()	Sim ()	Qual?		
	Atividade Extracurricular	Não	Eventualmente	Regularmente		Qual?
				Baixa adesão ou intensidade	Alta adesão ou intensidade	
16	Esportiva					
17	Religiosa					
18	Política					
19	Artística					
20	Filantrópica					
	Medicina	Nunca	SIM	Quando?	Qual?	
21	Curso de Extensão					
22	Iniciação científica					
23	Pesquisa					

APÊNDICE C – Tabelas com análises de regressão linear múltipla avaliando a relação do escore-C total e segmentado por dilema com às variáveis preditoras de interesse

Análise de Regressão Linear Múltipla com o objetivo de avaliar a relação da variável desfecho Escore C-Total do MCTxt com às variáveis preditoras /independentes de interesse

Variáveis	Coefficiente Não padronizado	Coefficiente padronizado	Parâmetros de avaliação			
	B	β	r parcial	T	p	VIF
(Constante)	2,839	—	—	5,847	< 0,001	—
Período 1	0,075	0,030	0,022	0,212	0,832	2,230
Período 2	-0,233	-0,088	-0,065	-0,628	0,532	2,119
Sexo	-0,061	-0,023	-0,024	-0,232	0,817	1,100
Raça / Cor	0,148	0,050	0,049	0,478	0,634	1,216
Renda Familiar	-0,089	-0,036	-0,034	-0,332	0,741	1,295
Escolaridade do Responsável	-0,057	-0,021	-0,021	-0,206	0,837	1,132
Bolsista	-0,230	-0,070	-0,059	-0,573	0,568	1,651
Reside c/ a família	0,561	0,224	0,206	2,043	0,044	1,310
Especialidade pretendida	0,420	0,170	0,175	1,721	0,089	1,061
Fez curso de humanas / sociais	-0,683	-0,156	-0,155	-1,524	0,131	1,140

BASE DE DADOS: 105 alunos
16 alunos com falta de informação para alguma das variáveis do modelo

Nota: $R^2 = 13,8\%$ $R^2_{ajustado} = 4,6\%$ $R = 0,371$

(*) → A variável desfecho foi transformada com o cálculo da Raiz quadrada do Dilema Total

B → Coeficiente de regressão (b)

β → Coeficiente de regressão padronizada

r parcial → Coeficiente de correlação parcial

T → Estatística da Análise de Regressão

p → probabilidade de significância do teste

VIF → Fator de Inflação de Variância

Variáveis do modelo:

- **Variável Resposta / Desfecho / dependente** → Desempenho no Dilema do “Juiz” (*)

- **Variáveis preditoras / independentes do tipo Dummy:**

Período do curso: Período 1 = 1 Período 2 = 0 → 1º ano

Período 1 = 0 Período 2 = 1 → 3º ano

Período 1 = 0 Período 2 = 0 → 6º ano

Sexo: 1 → Masculino e 0 → Feminino

Raça / Cor: 1 → Branca e 0 → Não branca

Estado Civil: 1 → Viúvo / Solteiro / Divorciado e 0 → Casado(a)

Moradia: 1 → Morando c/ filhos / Instituição e 0 → Sozinho / Casal com ou sem filhos

Renda familiar: 1 → Até 10 S.M. e 0 → Mais de 10 S.M.

Escolaridade do Responsável: 1 → Fundamental / Médio e 0 → Superior / Pós-graduação

Bolsista: 1 → Sim e 0 → Não

Reside com a família: 1 → Sim e 0 → Não

Especialidade pretendida: 1 → Clínica e 0 → Cirurgia

Já fez curso de humanas / sociais: 1 → Sim e 0 → Não

Análise de Regressão Linear Múltipla com o objetivo de avaliar a relação da variável desfecho Escore C-segmentado do “Dilema do Operário” com às variáveis preditoras / independentes de interesse

Variáveis	Coefficiente Não padronizado	Coefficiente padronizado	Parâmetros de avaliação			
	B	β	r parcial	T	p	VIF
(Constant)	29,206	—	—	3,168	0,002	—
Período 1	0,2100	0,005	0,003	0,032	0,974	2,198
Período 2	-0,309	-0,007	-0,005	-0,045	0,964	2,142
Sexo	-3,321	-0,073	-0,071	-0,664	0,509	1,110
Raça / Cor	3,467	0,069	0,066	0,610	0,543	1,175
Renda Familiar	0,505	0,012	0,011	0,101	0,920	1,309
Escolaridade do Responsável	0,727	0,016	0,015	0,141	0,888	1,151
Bolsista	-1,534	-0,026	-0,021	-0,193	0,848	1,716
Reside c/ a família	-2,678	-0,062	-0,053	-0,496	0,621	1,427
Especialidade pretendida	8,667	0,206	0,199	1,888	0,062	1,079
Fez curso de humanas / sociais	-4,354	-0,021	-0,020	-0,189	0,850	1,121

BASE DE DADOS: 97 alunos
16 alunos com falta de informação para alguma das variáveis do modelo
08 alunos foram retirados devido à característica de *outlier*.

Nota: $R^2 = 5,4\%$ $R^2_{ajustado} = 0,0\%$ $R = 0,232$
B → Coeficiente de regressão (*b*) **β** → Coeficiente de regressão padronizada
r parcial → Coeficiente de correlação parcial **T** → Estatística da Análise de Regressão
p → probabilidade de significância do teste **VIF** → Fator de Inflação de Variância

Variáveis do modelo:

- **Variável Resposta / Desfecho / dependente** → Desempenho no Dilema do “Operário”
- **Variáveis preditoras / independentes do tipo Dummy:**

Período do curso: *Período 1* = 1 *Período 2* = 0 → 1º ano
 Período 1 = 0 *Período 2* = 1 → 3º ano
 Período 1 = 0 *Período 2* = 0 → 6º ano

Sexo: 1 → Masculino e 0 → Feminino

Raça / Cor: 1 → Branca e 0 → Não branca

Estado Civil: 1 → Viúvo / Solteiro / Divorciado e 0 → Casado(a)

Moradia: 1 → Morando c/ filhos / Instituição e 0 → Sozinho / Casal com ou sem filhos

Renda familiar: 1 → Até 10 S.M. e 0 → Mais de 10 S.M.

Escolaridade do Responsável: 1 → Fundamental / Médio e 0 → Superior / Pós-graduação

Bolsista: 1 → Sim e 0 → Não

Reside com a família: 1 → Sim e 0 → Não

Especialidade pretendida: 1 → Clínica e 0 → Cirurgia

Já fez curso de humanas / sociais: 1 → Sim e 0 → Não

Análise de Regressão Linear Múltipla com o objetivo de avaliar a relação da variável desfecho Escore C-segmentado do “Dilema do Médico” com às variáveis preditoras / independentes de interesse

Variáveis	Coefficiente Não padronizado	Coefficiente padronizado	Parâmetros de avaliação			
	B	β	r parcial	T	p	VIF
(Constant)	4,529	—	—	5,904	0,000	—
Período 1	0,110	0,030	0,020	0,198	0,843	2,230
Período 2	-0,392	-0,099	-0,069	-0,667	0,506	2,119
Sexo	0,230	0,059	0,057	0,554	0,581	1,100
Raça / Cor	0,181	0,042	0,038	0,371	0,712	1,216
Renda Familiar	-0,207	-0,057	-0,050	-0,489	0,626	1,295
Escolaridade do Responsável	0,018	0,005	0,004	0,042	0,966	1,132
Bolsista	0,085	0,018	0,014	0,134	0,894	1,651
Reside c/ a família	-0,258	-0,069	-0,061	-0,594	0,554	1,310
Especialidade pretendida	-0,057	-0,015	-0,015	-0,147	0,883	1,061
Fez curso de humanas / sociais	-0,557	-0,085	-0,081	-0,786	0,434	1,140

BASE DE DADOS: 105 alunos

16 alunos com falta de informação para alguma das variáveis do modelo

Nota: $R^2 = 2,8\%$ $R^2_{ajustado} = 0,0\%$ $R = 0,166$

(*) → A variável desfecho foi transformada com o cálculo da Raiz quadrada do Dilema do Médico
B → Coeficiente de regressão (b) β → Coeficiente de regressão padronizada
r parcial → Coeficiente de correlação parcial **T** → Estatística da Análise de Regressão
p → probabilidade de significância do teste **VIF** → Fator de Inflação de Variância

Variáveis do modelo:

- **Variável Resposta / Desfecho / dependente** → Desempenho no Dilema do “Médico” (*)
- **Variáveis preditoras / independentes do tipo Dummy:**

Período do curso: *Período 1 = 1* *Período 2 = 0* → 1º ano
Período 1 = 0 *Período 2 = 1* → 3º ano
Período 1 = 0 *Período 2 = 0* → 6º ano

Sexo: 1 → Masculino e 0 → Feminino

Raça / Cor: 1 → Branca e 0 → Não branca

Estado Civil: 1 → Viúvo / Solteiro / Divorciado e 0 → Casado(a)

Moradia: 1 → Morando c/ filhos / Instituição e 0 → Sozinho / Casal com ou sem filhos

Renda familiar: 1 → Até 10 S.M. e 0 → Mais de 10 S.M.

Escolaridade do Responsável: 1 → Fundamental / Médio e 0 → Superior / Pós-graduação

Bolsista: 1 → Sim e 0 → Não

Reside com a família: 1 → Sim e 0 → Não

Especialidade pretendida: 1 → Clínica e 0 → Cirurgia

Já fez curso de humanas / sociais: 1 → Sim e 0 → Não

Análise de Regressão Linear Múltipla com o objetivo de avaliar a relação da variável desfecho Escore C-segmentado do “Dilema do Juiz” com às variáveis preditoras / independentes de interesse

Variáveis	Coeficiente Não padronizado	Coeficiente padronizado	Parâmetros de avaliação			
	B	β	r parcial	T	p	VIF
(Constant)	4,523	—	—	5,741	0,000	—
Período 1	0,737	0,185	0,132	1,292	0,199	2,230
Período 2	0,064	0,015	0,011	0,106	0,916	2,119
Sexo	0,341	0,080	0,082	0,798	0,427	1,100
Raça / Cor	-0,026	-0,005	-0,005	-0,051	0,959	1,216
Renda Familiar	-0,312	-0,078	-0,074	-0,719	0,474	1,295
Escolaridade do Responsável	-0,073	-0,017	-0,017	-0,163	0,871	1,132
Bolsista	0,039	0,007	0,006	0,059	0,953	1,651
Reside c/ a família	0,988	0,243	0,223	2,218	0,029	1,310
Especialidade pretendida	0,284	0,071	0,074	0,716	0,476	1,061
Fez curso de humanas / sociais	-0,942	-0,132	-0,132	-1,294	0,199	1,140

BASE DE DADOS: 105 alunos

16 alunos com falta de informação para alguma das variáveis do modelo

Nota: $R^2 = 13,8\%$ $R^2_{ajustado} = 4,7\%$ $R = 0,372$

(*) → A variável desfecho foi transformada com o cálculo da Raiz quadrada do Dilema do Médico

B → Coeficiente de regressão (b)

β → Coeficiente de regressão padronizada

r parcial → Coeficiente de correlação parcial

T → Estatística da Análise de Regressão

p → probabilidade de significância do teste

VIF → Fator de Inflação de Variância

Variáveis do modelo:

- **Variável Resposta / Desfecho / dependente** → Desempenho no Dilema do “Juiz” (*)

- **Variáveis preditoras / independentes do tipo Dummy:**

Período do curso: *Período 1* = 1 *Período 2* = 0 → 1º ano

Período 1 = 0 *Período 2* = 1 → 3º ano

Período 1 = 0 *Período 2* = 0 → 6º ano

Sexo: 1 → Masculino e 0 → Feminino

Raça / Cor: 1 → Branca e 0 → Não branca

Estado Civil: 1 → Viúvo / Solteiro / Divorciado e 0 → Casado(a)

Moradia: 1 → Morando c/ filhos / Instituição e 0 → Sozinho / Casal com ou sem filhos

Renda familiar: 1 → Até 10 S.M. e 0 → Mais de 10 S.M.

Escolaridade do Responsável: 1 → Fundamental / Médio e 0 → Superior / Pós-graduação

Bolsista: 1 → Sim e 0 → Não

Reside com a família: 1 → Sim e 0 → Não

Especialidade pretendida: 1 → Clínica e 0 → Cirurgia

Já fez curso de humanas / sociais: 1 → Sim e 0 → Não

APÊNDICE D – Resumo do trabalho apresentado no Congresso Paulista de Educação Médica – CPEM 2018, em Campinas/SP, sob forma de pôster comentado

Título: AVALIAÇÃO MORAL DOS ESTUDANTES DE MEDICINA

Autores: Márcio Rodrigues de Castro; Alexandre de Araújo Pereira; Priscila Magalhães Esteves de Sales - Mestrado Profissional em Ensino em Saúde; UNIFENAS-BH

Introdução: Profissionalismo, ética e responsabilidade social são atributos importantes na formação médica contemporânea, no entanto, existem lacunas em relação às melhores estratégias educacionais a serem utilizadas e de como avaliar seus resultados. Testes de avaliação da competência moral têm se mostrado adequados a esse propósito.

Objetivo: Discutir metodologias e ferramentas para avaliação da formação ética de estudantes de medicina

Método: Revisão narrativa da literatura do PubMed e SciELO dos últimos 20 anos, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Resultado: A avaliação da formação em ética tem sido descrita através de algumas ferramentas, das quais destacam as derivadas das teorias cognitivo-evolutivas de Piaget e Kohlberg. Alguns autores sugerem serem os aspectos do Raciocínio Moral e da Competência Moral como os melhores preditores do comportamento moral, objeto do estudo da ética (ECKLES *et al*, 2005; PATENAUD *et al*, 2003; SELF, 1998). Destaca-se o Teste de Competência Moral (MCT) de Lind (1977-2005), que, baseado em dilemas éticos e nos estágios de raciocínio moral de Kohlberg, avalia a capacidade de tomar decisões, emitir juízos morais e agir de acordo com tais juízos. No Brasil, o MCT já foi traduzido e validado por Bataglia (2010) e tem sido utilizado para avaliação de competência moral em estudantes de medicina (REGO, 2013).

Conclusões: O Teste de Competência Moral parece adequado à avaliação da competência moral, já tendo sido traduzido, validado e empregado com este objetivo no Brasil. Os resultados em alunos de medicina têm apontado a ocorrência de certo declínio moral no decorrer do curso de graduação.

APÊNDICE E – Resumo do trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Educação Médica – COBEM 2018, em Vitória/ES, sob forma de E-pôster comentado

Título: AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA MORAL ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA - Trabalho 151

Autores: Márcio Rodrigues de Castro; Alexandre de Araújo Pereira - Mestrado Profissional em Ensino em Saúde. UNIFENAS-BH

Introdução: As recentes plataformas curriculares têm valorizado a formação ética, alinhada à formação integral e humanística, porém não há consenso sobre as estratégias de ensino. O atual modelo de formação médica parece contribuir com estagnação ou relativo declínio da competência moral, descrito por alguns autores como "erosão ética" ou "cinismo médico". As ferramentas avaliativas, como o Teste de Competência Moral (MCT), sustentadas nas teorias cognitivo-evolutivas de Piaget e Kohlberg, têm sido utilizadas para avaliação ética de estudantes de medicina. O MCT, já validado no Brasil, baseado em dilemas éticos, avalia "a capacidade de tomar decisões e emitir juízos morais (baseados em princípios internos) e agir de acordo com tais juízos".

Objetivos: Avaliar a competência moral de estudantes de medicina, comparando diferentes etapas do curso.

Métodos: Estudo observacional transversal, com estudantes do primeiro, terceiro e último anos do curso de medicina, com emprego do MCTxt (edição em português do MCT validada e adaptada por Bataglia) e análise estatística para correlacionar os escores do MCT com etapas do curso.

Resultados: Análise estatística com emprego da "Análise de variância (ANOVA) com 1 fator - oneway" não evidenciou diferença estatisticamente significativa entre os períodos do curso dos alunos no que tange aos escores global ou segmentados (por dilema) do MCT.

Conclusões: Este estudo não demonstrou variação da competência moral no decorrer do curso de medicina. Assim, por um lado, corrobora com a discussão que a graduação médica

desfavorece a progressão da competência moral, por outro não identificou o referido declínio ético, descritos na literatura nacional e internacional. Cabe salientar que este estudo foi conduzido em instituição que adota currículo com metodologia PBL (Problem Based Learning), permitindo questionar se o padrão curricular influenciaria o não decréscimo moral. Estes resultados reforçam a importância de rediscutir as estratégias educacionais para melhorar a formação ética na graduação médica.

APÊNDICE F – Resumo do trabalho apresentado no Congresso Brasileiro de Educação Médica – COBEM 2018, em Vitória/ES, como Apresentação Oral

Título: ANÁLISE DA FERRAMENTA MCT PARA AVALIAÇÃO MORAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA - Trabalho 150

Autores: Márcio Rodrigues de Castro¹; Alexandre de Araújo Pereira¹; Patrícia Unger Raphael Battaglia² - ¹Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, UNIFENAS-BH; ²UNESP-Marília/SP

Introdução: Formação ética tem sido considerado um atributo importante dos currículos de medicina, mas existem lacunas relacionadas às estratégias educacionais e, sobretudo, avaliativas. As ferramentas derivadas da teoria de Kohlberg são as mais citadas na literatura para avaliação da formação ética na graduação médica. Destacando-se o Teste de Competência Moral (MCT) de Lind, que avalia "a capacidade de tomar decisões e emitir juízos morais (baseados em princípios internos) e agir de acordo com tais juízos". Este teste, originalmente constituído de dois dilemas ("Operário" e "Médico") foi traduzido e validado no Brasil, onde foi necessária a inclusão do dilema do "Juiz", na versão MCTxt (MCT estendido), dada a divergência dos dilemas originais comparados a estudos europeus.

Objetivo: Analisar o comportamento do Teste de Competência Moral na avaliação de estudantes de medicina.

Método: Estudo observacional transversal, com estudantes de medicina do primeiro, terceiro e último ano, com aplicação do MCTxt, os escores obtidos deste teste serão submetidos a análises estatísticas de forma global e segmentada.

Resultados: A avaliação dos escores do MCT de forma global e segmentada, por dilema, através de "Análise de Variância baseado num modelo de Medidas Repetidas" evidenciou que os dilemas "Operário" e "Juiz" comportaram de forma equivalente, independente do período avaliado, apresentando escores semelhantes e significativamente superiores ao "Médico" ($p < 0,001$).

Conclusões: Observamos que o dilema do "Médico" tem comportamento significativamente distinto e inferior aos demais, influenciando negativamente o escore global. Esta observação é compatível com relato de autores que o empregaram na América Latina, como Bataglia, que ao validar o teste no Brasil, incluiu o dilema do "Juiz" na padronização do MCTxt. Consideramos, entretanto, que tal divergência entre os escores dos dilemas compromete a consistência interna, ou confiabilidade, do teste, o que poderia ser evitado suprimindo o dilema do "Médico" do MCT, substituindo-o pelo "Juiz".

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA MORAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA

Pesquisador: MARCIO RODRIGUES DE CASTRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82290017.0.0000.5143

Instituição Proponente: UNIFENAS-UNIVERSIDADE JOSE DO ROSARIO VELLANO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.523.406

Apresentação do Projeto:

Adequada.

Objetivo da Pesquisa:

Adequado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nada digno de nota.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	29/12/2017		Aceito

Endereço: Rodovia MG 179 km 0

Bairro: Campus Universitário

CEP: 37.130-000

UF: MG

Município: ALFENAS

Telefone: (35)3299-3137

Fax: (35)3299-3137

E-mail: comitedeetica@unifenas.br

UNIVERSIDADE JOSÉ
ROSÁRIO VELLANO/UNIFENAS



Continuação do Parecer: 2.523.406

Básicas do Projeto	ETO_1051080.pdf	17:15:50		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto_MarcioCastro_UNIFENAS2.pdf	29/12/2017 17:14:50	MARCIO RODRIGUES DE CASTRO	Aceito
Outros	anexoA_MJT_portugues.pdf	14/12/2017 23:41:23	MARCIO RODRIGUES DE CASTRO	Aceito
Outros	questionarioSocioDemograficoCurricular.pdf	14/12/2017 23:39:20	MARCIO RODRIGUES DE CASTRO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_UNIFENAS_MarcioCastro.jpg	11/12/2017 19:33:13	MARCIO RODRIGUES DE CASTRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Marcio_Castro_dez2017.pdf	08/12/2017 17:50:45	MARCIO RODRIGUES DE CASTRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_MarcioCastro.pdf	08/12/2017 17:50:25	MARCIO RODRIGUES DE CASTRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ALFENAS, 02 de Março de 2018

Assinado por:
MARCELO REIS DA COSTA
(Coordenador)

Endereço: Rodovia MG 179 km 0
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 37.130-000
UF: MG **Município:** ALFENAS
Telefone: (35)3299-3137 **Fax:** (35)3299-3137 **E-mail:** comitedeetica@unifenas.br