

**ALUISIO MARÇAL DE BARROS SERÓDIO**

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS QUE  
EXERCEM ATIVIDADE DOCENTE SOBRE SEU PAPEL  
NA FORMAÇÃO ÉTICO-MORAL DO ESTUDANTE DE  
MEDICINA DA UNIFESP**

**Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina para  
obtenção do título de Mestre em Ciências**

**São Paulo**

2006

**ALUISIO MARÇAL DE BARROS SERÓDIO**

**CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS QUE  
EXERCEM ATIVIDADE DOCENTE SOBRE SEU PAPEL  
NA FORMAÇÃO ÉTICO-MORAL DO ESTUDANTE DE  
MEDICINA DA UNIFESP**

**Tese apresentada à Universidade Federal de  
São Paulo – Escola Paulista de Medicina para  
obtenção do título de Mestre em Ciências**

**Orientador: Prof. Dr. José A. Maia de Almeida**

**São Paulo**

2006

Seródio, Aluisio Marçal de Barros

**Concepções e Práticas dos Profissionais que Exercem Atividade Docente sobre seu Papel na Formação Ético-Moral do Estudante de Medicina da UNIFESP.** Aluisio Marçal de Barros Seródio –

São Paulo, 2006.

xvii, 143f.

Tese (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina.

Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde

Título em Inglês: Conceptions and Practices of Professionals who Perform Teaching Activities about their Role in the UNIFESP Medical Students' Moral and Ethical Education.

1. Ética Médica/Educação
2. Educação de Pré-Graduação em Medicina
3. Docente

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA  
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO  
SUPERIOR EM SAÚDE

Chefe do Departamento: Prof. Dr. Nildo Alves Batista  
Coordenador do Curso de Pós-Graduação: Prof. Dr. Nildo Alves Batista

ALUISIO MARÇAL DE BARROS SERÓDIO

Título: Concepções e Práticas dos Profissionais que Exercem Atividade Docente sobre seu Papel na Formação Ético-Moral do Estudante de Medicina da UNIFESP.

Presidente da banca: Prof Dr. José Antonio Maia de Almeida

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marco Segre

\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Marcos de Almeida

\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Nildo Alves Batista

\_\_\_\_\_

Aprovada em: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

À Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo, minha casa e minha pele desde 1988.

Aos sujeitos que aceitaram participar desta pesquisa, por sua colaboração e pelas palavras de incentivo que registraram ao final do questionário.

Ao Prof. Dr. José Antônio Maia de Almeida, por sua orientação e pelas demonstrações constantes de apoio e confiança.

A todas as pessoas que conheci no CEDESS nos últimos dois anos. Aos funcionários pela gentileza e atenção. Aos colegas de pós-graduação pelo companheirismo e pela fértil troca de experiências. E aos professores pela dedicação e por abrirem as portas da Academia a um principiante na área da educação.

Aos professores do Ateneu Ricardo Nunes Clodiam, Colégio São Paulo – RJ, Colégio Santo Agostinho – RJ e da Escola Paulista de Medicina por instigarem minha curiosidade e iluminarem o caminho que me trouxe até aqui.

A toda minha família pelo carinho e pelo respeito, tijolo e cimento da minha formação.

**Dedico este trabalho aos meus pais, Inaiê e Alberto, fonte de amor incondicional e base do que fui, sou e serei. E à minha irmã, Kéca, para sempre em meu coração.**

“Ensinar é um exercício de imortalidade.  
De alguma forma continuamos a viver naqueles cujos  
olhos aprenderam a ver o mundo pela magia da nossa  
palavra. O professor, assim, não morre jamais...”

Rub  
em Alves



## SUMÁRIO

|   | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| Agradecimentos.....   | v             |
| Dedicatória.....  | vi            |
| Lista de Tabelas.....   | x             |
| Lista de Figuras .....  | xi            |
| Resumo.....   | xiv           |
| Abstract.....   | xvi           |
| I. Introdução.....  | 1             |
| II. Referencial Teórico.....  | 6             |
| 1. A Representação Social do Médico: Uma Visão Histórica.....         | 7             |
| 2. Desumanização e Re-Humanização da Medicina.....                    | 19            |
| 3. A Formação Humanística do Estudante de Medicina.....               | 21            |
| 4. Ética Médica, Bioética e o Currículo de Graduação em Medicina..... | 26            |
| 5. O Desenvolvimento Moral de Adultos.....                            | 35            |
| 6. O Professor de Medicina como Modelo.....                           | 40            |
| II. Objetivos.....  | 42            |
| III. Procedimentos Metodológicos.....                                 | 44            |
| 1. Características da Pesquisa.....                                   | 45            |
| 2. Contexto da Pesquisa.....  | 45            |
| 3. Coleta de Dados.....   | 46            |
| 4. Caracterização da População Estudada.....                          | 47            |
| 5. Análise dos Dados.....   | 53            |

|   |     |
|---|-----|
| IV. Resultados e Discussão.....   | 55  |
| 1. Relativos à Importância da Formação Ético- Moral e ao Papel Docente..... | 56  |
| 2. Relativos ao Preparo Docente.....  | 66  |
| 3. Relativos às Situações de Conflitos Éticos mais Relevantes.....          | 71  |
| 4. Relativos à Concepção Docente acerca da Formação Ético-Moral .....       | 82  |
| V. Considerações Finais.....  | 92  |
| VI. Referências Bibliográficas.....   | 100 |
| VII. Anexos.....  | 113 |

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1:** Cruzamento entre a Questão 6 (Um dos objetivos explícitos, por escrito ou não, da atividade de ensino da qual participo é a promoção da formação ético-moral do estudante de Medicina) e a Questão 20 (Vínculo com a UNIFESP-EPM e/ou HSP ).....Página 64.

## LISTA DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| Figura 1: Gênero.....  | 48 |
| Figura 2: Faixa etária.....  | 48 |
| Figura 3: Formação em nível de graduação.....  | 49 |
| Figura 4: Tempo de formado.....  | 49 |
| Figura 5: Titulação acadêmica.....   | 50 |
| Figura 6: Vínculo com a UNIFESP - EPM e/ou HSP.....  | 51 |
| Figura 7: Em que momento do curso você tem contato com os alunos da graduação?.....  | 51 |
| Figura 8: Em quais dos cenários abaixo você tem contato com os estudantes de Medicina?.....  | 52 |
| Figura 9: A formação ético-moral é fundamental para a futura prática médica .....  | 56 |
| Figura 10: Desvios da prática médica podem ser prevenidos somente se o ensino da Ética tiver maior espaço no currículo através de cursos intencionalmente estruturados para esse fim.....                  | 57 |
| Figura 11: O caráter formal do estudante já está formado quando ele ingressa na escola médica. Cursos não conseguirão remodelar a personalidade do estudante nem garantir uma postura ética no futuro..... | 58 |

|   |    |
|---|----|
| Figura 12: Ainda que o caráter moral do estudante já esteja profundamente modelado antes de seu ingresso na escola médica, ele pode ser influenciado por processos informais como a observação de exemplos dados por médicos e professores..... | 59 |
| Figura 13: A UNIFESP como um todo está preocupada com a formação ético-moral do estudante de Medicina.....  | 60 |
| Figura 14: Um dos objetivos explícitos (por escrito ou não) da atividade de ensino da qual participo é a formação ético-moral do estudante de Medicina.....   | 61 |
| Figura 15: Pessoalmente, durante minha atividade de ensino, estou consciente do exemplo que dou e me empenho para promover a formação ético-moral do estudante de Medicina.....   | 62 |
| Figura 16: Estou satisfeito com meu desempenho na formação ético-moral de meus estudantes de Medicina.....  | 63 |
| Figura 17: Baseado na definição de formação ético-moral utilizada nesta pesquisa, como você avalia seu preparo para contribuir para esta formação?.....   | 66 |
| Figura 18: Como você acredita que poderia aprimorar seu próprio preparo a fim de contribuir para a formação ético-moral do estudante de Medicina?.....  | 67 |

|   |    |
|---|----|
| Figura 19: Em suas atividades de ensino, que tipo de recurso você<br>utiliza para promover a formação ético-moral do estudante<br>de Medicina?..... | 69 |
| Figura 20: O que as escolas médicas deveriam fazer para ajudar na<br>formação ético-moral de seus estudantes?.....                                  | 70 |

## RESUMO

**Introdução:** A formação ético-moral dos estudantes de Medicina configura-se como um fator de grande importância, considerando sua futura atividade profissional. Além dos cursos de Ética e Bioética, podemos afirmar que tal formação ocorre, em grande parte, no contexto do “currículo oculto”, ou seja, pela observação, pelo aluno, de seus professores, que passam a ser referências como exemplo. **Objetivo:** Investigar, sob a ótica dos profissionais que exercem atividade docente na graduação em Medicina da UNIFESP, seu papel na formação ético-moral dos estudantes. **Procedimentos Metodológicos:** Profissionais (docentes, médicos contratados, residentes e pós-graduandos) foram submetidos a um questionário. Os dados quantitativos foram submetidos a análises estatísticas apropriadas e os dados qualitativos foram estudados utilizando-se uma análise de conteúdos. **Resultados:** Os participantes da pesquisa acreditam que a universidade tem um papel considerável na promoção do desenvolvimento moral dos estudantes de Medicina. Segundo os pesquisados, os cursos formais de ética não têm importância central. Processos informais, especialmente o exemplo demonstrado pelos professores, são considerados decisivos para a formação ético-moral e os pesquisados estão relativamente satisfeitos com seu desempenho neste sentido. Os participantes não perceberam, por parte da instituição como um todo e de cada disciplina em particular, a devida preocupação com a formação em questão. Consideram ainda, que as condições de trabalho inadequadas e a baixa remuneração são fatores que dificultam a performance ética dos médicos. **Considerações Finais:** Nossos resultados, bem como dados da literatura,

evidenciam que a escola médica influencia, de fato, o desenvolvimento moral de seus estudantes. É preciso que a universidade reconheça esta missão e se organize para realizá-la, através da integração do ensino da Ética como tema transversal que perpassa todo o currículo e da conscientização e preparo do corpo docente para atuar na promoção do desenvolvimento moral dos estudantes de Medicina.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ética Médica/Educação; Educação de Pré-Graduação em Medicina; Docente.



## ABSTRACT

**Introduction:** Taking into account medical students' future professional activities, their moral and ethical education constitutes a major issue for discussion. Besides formal courses in Ethics and Bioethics, this education takes place, to a great extent, in the context of the "hidden curriculum", through the students' observation of their teachers, who become references as example of professionalism. **Objective:** To investigate, in the view of the professionals who perform teaching activities with medical students in the Federal University of S. Paulo (UNIFESP), their role in the students' moral and ethical education. **Methodology:** Professionals (professors, physicians, graduate students and residents) were submitted to a questionnaire. Quantitative data were submitted to appropriate statistical analysis and qualitative data were studied using axes of analysis, considering the thematic concentration of the answers. **Results:** The subjects of research believe the University plays an important role in the promotion of medical students' moral development. According to them, formal courses in Ethics are not crucial, while informal processes, especially teacher's modeling, are regarded as decisive for the moral and ethical education of medical students. The subjects are relatively satisfied with their performance in this aspect, but they do not feel, neither in the institution as a whole, nor in each particular discipline, the necessary commitment with this issue. Still, they consider inappropriate work conditions and low income as factors that difficult physicians' ethical performance. **Final Comments:** Our results, as well as evidences from specialized literature, show medical schools can influence students' moral development. Thus, it is important that medical schools not only recognize this mission, but also organize themselves in order

to perform it in the best possible way. Ethics' teaching should be integrated in the general curriculum, crossing medical students' training at all its moments. Teachers should be aware of their importance and should be stimulated to improve their competencies in order to contribute for the medical students' moral and ethical education.

# INTRODUÇÃO

Vivemos numa época de desconfianças. Todos somos culpados de algo até que se prove o contrário. Nossas crianças não devem falar com estranhos e nos assustamos quando nos deparamos subitamente com desconhecidos. Queremos nos manter confortavelmente cercados por pessoas que se parecem conosco. A diferença incomoda, é melhor não olhar para ela. A última coisa em que pensamos é nos colocar no lugar do outro, do diferente. Sequer queremos olhar para o outro. Esse quadro parece negar a própria essência do ser humano que, segundo E. Levinas, está fundada no princípio da alteridade, isto é, na capacidade de sairmos de nós mesmos através do encontro com o outro (LEVINAS, apud RAMEIX, 1996). Toda a autonomia do indivíduo, penosamente conquistada durante o processo histórico da humanidade, parece desembocar em algo que nega o próprio sentido do termo “ser humano”.

Se a sociedade contemporânea vive este momento, não é de se estranhar que as diferentes atividades profissionais estejam inundadas pelos mesmos sentimentos. Não é tampouco de se estranhar a crítica atual em relação à desumanização das profissões na área da saúde em geral e da Medicina em particular. A percepção atual é de que o médico está cada vez mais distante do paciente, priorizando excessivamente o aspecto técnico da profissão (TRONCON et al., 1998). Curiosamente, em recente pesquisa de opinião publicada pela Revista Carta Capital de 7 de setembro de 2005 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005), o IBOPE aponta os médicos como a categoria de maior credibilidade entre os mais variados profissionais (engenheiros, advogados, publicitários, políticos etc.) e instituições (Igreja, Forças Armadas, Imprensa, Polícia etc.). Ainda que continuem inspirando confiança na maior parte das pessoas, os

médicos vêm sua imagem se desgastar continuamente, num processo que se repete ao longo da história e que oscila entre a valorização e a perda de prestígio.

Além do contexto social já mencionado, outros fatores poderiam ajudar-nos a entender melhor esta realidade, tais como as condições de trabalho e o processo de formação dos médicos. Optamos por estudar este último aspecto em sucessivos recortes que desembocam no papel do professor como exemplo para o que chamamos de formação ético-moral do estudante de Medicina.

Neste ponto, tornam-se necessários alguns esclarecimentos acerca de definições utilizadas neste trabalho. Ainda que cientes das amplas divergências entre os diversos autores no que se refere às definições de “ética” e “moral”, optamos por adotar aquela que nos pareceu mais em acordo com nossas perspectivas em relação à formação que desejamos estudar. Pode-se definir “**Moral**” como o conjunto de princípios e costumes próprios de um grupo humano concreto em uma determinada época histórica; e “**Ética**” como uma reflexão filosófica sobre a moral (CORTINA e MARTINEZ, 2005; BLACKBURN, 1997). Assim, no que diz respeito ao nosso trabalho, a “moral” como que brota de uma certa “cultura médica”, prescrevendo normas deontológicas para a profissão, numa linha filosófica kantiana. Já a palavra “ética” buscará exprimir a reflexão individual acerca dos conflitos que surgem no exercício da Medicina, num enfoque aristotélico baseado nas virtudes (RICOEUR, 1995).

A formação à qual nos referimos nesta pesquisa compreende não apenas o conhecimento sobre o que preconiza o Código de Ética Médica (que, segundo a definição por nós adotada, estaria muito mais relacionado ao termo “moral”), mas também o exercício da Medicina baseado em princípios humanistas (que se aproxima da definição que utilizamos para a palavra “ética”). Por isso, utilizamos na pesquisa a seguinte definição de **Formação Ético-Moral do Estudante de Medicina**: “processo

formativo que estimule o desenvolvimento do estudante como pessoa e que permeie a relação do médico com pacientes e outros profissionais da área da saúde pelos princípios humanísticos da compreensão, da generosidade e da tolerância. Procuramos, assim, ultrapassar o simples ensinamento do Código de Ética Médica”.

Ao longo do texto, no entanto, não nos preocupamos em respeitar rigidamente tais diferenças, preferindo intercambiar livremente as palavras “moral” e “ética” a fim de conseguir um texto mais agradável e em respeito a termos consagrados como “Código de Ética Médica” e “Desenvolvimento Moral”.

Com o intuito de compreender melhor o quadro previamente descrito de desumanização da Medicina e o papel do professor de Medicina dentro deste processo, iniciamos nosso trajeto por uma visão histórica da representação social do médico, que nos leva à atual crítica sobre a desumanização e às possibilidades de atuação para uma eventual re-humanização da Medicina. A partir daí, faremos sucessivos recortes a partir da formação médica, passando pela formação humanística do estudante de Medicina e pelo ensino/aprendizagem da Bioética e da Ética Médica, para chegar, por fim, ao objeto deste estudo que é o papel do professor como exemplo na formação ético-moral do estudante de Medicina. Em meio a estes tópicos, discutiremos ainda as controvérsias a respeito da possibilidade do desenvolvimento moral de adultos.

Antes, porém, de iniciarmos este trajeto, gostaria de colocar em poucas palavras o que me levou a escolher a Bioética e o Ensino Médico como temas principais de meus estudos de pós-graduação. Médico formado em 1993 pela Escola Paulista de Medicina (EPM), foi em 1998, após completar a Residência Médica no Departamento de Dermatologia pela mesma instituição (então já conhecida como EPM-UNIFESP), que comecei a me interessar pela Bioética. Após participar como observador da 5ª Sessão do Comitê Internacional de Bioética da UNESCO, decidi dirigir minha atenção acadêmica a

esta área do conhecimento. Com a intenção de me aprofundar num tema central de muitas discussões bioéticas, tornei-me, em 1999, estagiário da Disciplina de Genética Clínica da UNIFESP, onde permaneci até o final de 2000. No ano seguinte, na qualidade de “*visitor scholar*”, participei do grupo de pesquisas do Laboratório de Genética da Psoríase na Universidade de Michigan, EUA. Paralelamente a meus estudos em Genética, comecei minha formação em Bioética através da participação em cursos e congressos, até que, em 2003, obtive o título de especialista em Bioética pela Universidade de São Paulo (USP).

Há quatro anos venho participando como colaborador do curso de Bioética ministrado a estudantes do 3º ano médico da UNIFESP, e de discussões com alunos do 5º ano acerca de conflitos éticos na prática clínica. A partir de 2005, passei a colaborar também nos cursos de Bioética para a graduação em Enfermagem e Ciências Biomédicas, sempre na mesma instituição. Foi precisamente este contato com estudantes de graduação na área da saúde, especialmente com os futuros médicos, que me levou a optar pelo Ensino / Aprendizagem como segundo grande eixo da minha vida acadêmica, à qual pretendo dar continuidade após este primeiro passo que é a obtenção do título de Mestre.

**REFERENCIAL  
TEÓRICO**



## **1. A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DO MÉDICO: UMA VISÃO HISTÓRICA**

Desde os primórdios da civilização até os dias atuais, a opinião da sociedade sobre a Medicina e os médicos tem se revelado bastante variável, guardando características próprias de cada cultura num dado momento histórico. O respeito e a admiração alternaram-se com o desdém e o sarcasmo. Grandes expectativas foram seguidas de profundas frustrações para novamente ressurgirem como esperança de uma vida melhor, baseada no alívio do sofrimento e numa melhor qualidade de vida. Conhecer essa evolução histórica da representação social do médico é um ponto fundamental para a compreensão do fenômeno atualmente descrito como desumanização da Medicina.

Nas sociedades primitivas, a figura do médico era intrinsecamente ligada à magia e à religião. Naquela época (cerca de 10.000 a.C.), em que fatores sobrenaturais eram considerados como causadores de enfermidades, os médicos/pajés lançavam mão de procedimentos divinatórios desenvolvidos através das gerações para estabelecerem diagnósticos. Utilizavam amuletos, encantos e poções mágicas para tratar seus pacientes (ACKERKNECHT, 1982). Além de tratar de doenças, esses médicos ofereciam proteção contra desgraças e ajudavam nos momentos mais importantes da vida como o nascimento, o matrimônio e a morte. Mesmo quando não estavam exercendo sua função de médico, permaneciam aparentemente num estado de delírio místico (AGUIRRE, 1972). Por tudo isso, eram indivíduos extremamente respeitados, nos quais se depositava, além de simples confiança, verdadeira fé.

Essa aura mística que envolvia a Medicina primitiva seria sofisticada com o surgimento das grandes civilizações do Egito e da Mesopotâmia. Ainda que guardassem certas características próprias, a Medicina praticada por estes povos era fortemente centrada na religião. No Egito, preces começam a substituir encantamentos como forma de tratamento, e na Mesopotâmia desenvolveu-se a noção de que a doença era a punição por um pecado cometido (ACKERKNECHT, 1982). Os médicos pertenciam sempre à classe sacerdotal e conviviam com os monarcas e as classes elevadas, sendo figuras de grande prestígio social (a ponto de, em 2900 a.C., Imothep, vizir-médico do faraó, ser elevado a deus da Medicina egípcia).

Ainda que a Medicina praticada na Índia a partir de 800 a.C. comece a considerar o homem e os elementos naturais como causadores das doenças (ACKERKNECHT, 1982), é na Grécia dos séculos IV e V a.C. que ocorre a separação entre medicina e religião. Impulsionados pela tradição médica da ilha de Cós (da qual Hipócrates é a figura mais conhecida), os gregos enfatizavam a observação do processo de adoecimento, salientando a importância da pessoa doente sobre a doença e desenvolvendo um método indutivo baseado em observações, refutando explicações sobrenaturais. Para ENTRALGO (1972), este foi o acontecimento mais importante da história universal da Medicina: o momento em que esta se constitui em saber técnico, fundado sobre o conhecimento dos fenômenos da natureza.

Tal independência da religião afetaria sobremaneira a representação social do médico. Ao não pertencer à classe sacerdotal, o médico perde aquela aura mística que lhe conferia uma dignidade intrínseca. À parte certas figuras famosas que escreveram grandes tratados, o médico grego tinha o status social praticamente de um artesão que viajava entre as cidades exercendo sua arte, ganhando sua reputação através da acurácia de seus diagnósticos e prognósticos. Em grande medida graças a essa posição

profissional instável, era exigido do médico algum conhecimento de filosofia e retórica, a fim de que pudesse conquistar pacientes das classes mais esclarecidas e sustentar suas opiniões ante outros colegas (ACKERKNECHT, 1982).

Comentários irônicos em relação aos médicos da época foram tecidos, por exemplo, por Aristófanes em sua obra “As Nuvens”, escrita em 419 a.C. Neste texto, o autor grego, através de seu personagem Sócrates, classifica os médicos como adivinhos e charlatães, um grupo de pessoas excessivamente vaidosas que lança mão de discursos falsos e injustos para conseguir vantagens (ARISTÓFANES, 2005).

O romano Plauto (251 a.C. – 184 a.C.) ironiza os médicos e a Medicina em sua comédia “*Menaechmi*” (PLAUTO, apud BUSACCHI, 1972, p. 299):

*“Diaulio era médico, agora é coveiro*

*O que faz como coveiro, já o fazia como médico”*(Livro I, 17).

*“Estava enfermo; mas tu, seguido por 100 alunos*

*Sem demora vieste me visitar, oh Símaco*

*Até 100 mãos, geladas pelo vento do Norte, me tocaram*

*Não tinha febre, Símaco, agora tenho”* (Livro V, 3).

Na Idade Média, a religiosidade retorna ao centro da formação e da prática médica. Os mosteiros cristãos, germes das futuras universidades, tornam-se centros para a organização e a discussão das traduções de textos clássicos. Advém daí a chamada Medicina Monástica (500 a 1130 d.C.), na qual os monges passam a exercer a Medicina. Retorna a concepção de que as enfermidades eram punições por pecados, frutos de possessão demoníaca ou bruxaria. A assistência médica de então não se baseava no amor pelo conhecimento ou no desejo de enriquecimento material, mas,

sobretudo, na caridade cristã. Ocorreu, assim, uma perda da dimensão técnica da Medicina em favor do “ofício” de médico, concebido como a disposição de servir aos doentes como se tratasse do próprio Cristo (ZARAGOZA,1972), estimulando, numa visão inusitada, o enfrentamento de doenças contagiosas e os cuidados com pacientes terminais.

Em 1130, o Concílio de Clermont proíbe o exercício da Medicina pelos monges, já que isto os afastava da vida enclausurada e ordenada do monastério. Inicia-se então a Medicina Escolástica, ensinada em Universidades ainda controladas pelo clero, mas com forte influência árabe (ACKERKNECHT, 1982). Cria-se nesse período uma verdadeira rede hospitalar na Europa, a partir de instituições filantrópicas que ofereciam abrigo para idosos, peregrinos e doentes. Em uma carta ao Pontífice Clemente VI ,o escritor italiano Petrarca (1304-1374), revoltado por perder sua amada durante a epidemia de peste que assolou a Europa medieval, faz críticas contundentes à Medicina da época, condenando seu servilismo à filosofia escolástica em detrimento da observação e da prática (GRACIA GUILLEN e PESET, 1972).

Em meados do século XV tem início um movimento que culminará na secularização definitiva da Medicina ocidental. Em 1452, o celibato deixa de ser obrigatório para os estudantes de Medicina da Universidade de Paris. Com o fim do feudalismo e a ascensão da burguesia, o exercício da Medicina modifica-se nas ricas cidades ocidentais renascentistas. Três tipos de médicos são identificáveis (PESET, 1972):

- Médicos da nobreza: formados nas melhores universidades, recebem honorários altíssimos e têm tarefas difíceis a cumprir (como cuidar das pessoas ilustres, fazer uma vigilância em saúde militar e até participar de compromissos diplomáticos);

- Médicos da burguesia: com boa formação técnica, recebem bons honorários; a classe médica melhora sua situação financeira, no esteio do triunfo da burguesia e
- Médicos de pobres: mal qualificados, curandeiros e charlatães.

A relação médico-paciente era de amizade (com os ricos e a nobreza), contratual (com a burguesia) ou de caridade e exploração (com os pobres).

Nos séculos XVI e XVII, dois fenômenos irão imprimir mudanças significativas na prática médica e na visão que a sociedade tem dos médicos e da Medicina. O primeiro é a eclosão do Antropocentrismo, que valoriza a importância dos seres humanos no cosmo e gera uma crescente estima das pessoas pela vida terrestre, valorizando com isso os profissionais que atuam sobre a saúde humana. O segundo desses fenômenos é o surgimento da ciência experimental. Oriunda da filosofia experimental de Francis Bacon (1561-1626), a ciência moderna é inaugurada na prática por Galileo Galilei (1564-1642). A impressionante síntese do mundo físico construída por Isaac Newton (1642-1727) eleva sobremaneira a expectativa da sociedade em relação às possibilidades da aplicação do conhecimento científico sobre o mundo e as pessoas. Entretanto, será apenas no século XIX que a Medicina passará a utilizar de maneira sistemática os conhecimentos advindos das Ciências Naturais (GRIBBIN, 2003).

Tal descompasso entre a mentalidade antropocêntrica e o desenvolvimento do conhecimento científico de um lado, e a prática médica ainda enraizada nos preceitos ditados por Hipócrates (460 a.C.-379 a.C.) e Galeno (130-201) de outro, não passa despercebido para o escritor, diretor e ator teatral francês Molière (1622-1673). Atento observador da realidade em que vivia, o escritor faz comentários mordazes sobre os

médicos do século XVII, em textos cômicos como “*Le médecin malgré lui*” (“*O médico apesar de si mesmo*”), criticando sua ignorância travestida de excessiva segurança e seu abuso de poder sobre pacientes ingênuos, através da utilização de uma linguagem obscura (DEWEERDT, 1999). Reprova ainda seu saber limitado aos textos antigos e a resistência aos novos conhecimentos advindos das Ciências Naturais, salientando sua incompetência quanto aos diagnósticos e a irresponsabilidade frente a tratamentos que, não raro, chegam a ser nocivos ao paciente. A tudo isso se soma um apetite voraz pela recompensa financeira e uma arte consumada de ludibriar as pessoas (DEWEERDT, 1999).

Apesar de importantes avanços obtidos pela ciência experimental (como, por exemplo, a invenção do microscópio por Anton Van Leeuwenhoer e o esclarecimento do fenômeno da respiração por Antoine Lavoisier) e do fortalecimento das preocupações com a prevenção de doenças e a Saúde Pública (iniciando um movimento que culminaria com o fim da tradição aristocrática de médicos para ricos, curandeiros para pobres), os séculos XVII e XVIII não modificam muito a formação e a prática médica (ACKERKNECHT, 1982). A construção do conhecimento, a aprendizagem e o exercício da Medicina ocorrem fundamentalmente à beira do leito, em uma visão resgatada da Medicina clássica pelo Renascimento, que suplantava a construção do conhecimento e a formação médica medievais, cujas referências eram basicamente as bibliotecas de mosteiros e universidades. Mesmo assim, e graças à intensa confiança na racionalidade humana despertada pelo Iluminismo, as esperanças na evolução da Medicina eram enormes, o que levou os médicos a gozarem de grande prestígio social durante o século XVIII (ACKERKNECHT, 1982).

Impulsionada por esse otimismo iluminista, a formação e a prática médica passariam por uma transformação radical, cuja análise é fundamental para a compreensão do que se convencionou chamar de desumanização da Medicina.

Como citado anteriormente, até o final do século XVIII o modelo de construção do conhecimento, formação e prática médicas era a chamada **Medicina à beira do leito**, na qual os pacientes eram quase que exclusivamente oriundos das classes sociais dominantes (nobreza e alta burguesia). As relações de produção eram baseadas na prática privada e no recebimento de honorários pagos pelos pacientes, aos quais, em última análise, cabia decidir sobre a eficácia dos cuidados dispensados pelos médicos. Na ausência de critérios profissionais ou acadêmicos confiáveis, os pacientes escolhiam seus médicos através de uma avaliação baseada na integridade moral e nas habilidades profissionais dos médicos disponíveis. A relação médico-paciente era baseada na empatia entre ambos, de modo que o médico procurava conquistar um paciente descobrindo suas demandas particulares, a fim de satisfazê-las (JEWSON, 1976).

A necessidade de atingir um relacionamento personalizado no encontro com o paciente levava os médicos a considerar seus pacientes “como uma totalidade psicossomática integral” (JEWSON, 1976, p.233). A experiência do paciente quanto aos próprios sintomas e sua autopercepção como indivíduo único com distúrbios específicos de natureza física ou mental eram o ponto de partida para o raciocínio clínico. Por essas razões a “Medicina à beira do leito” era centrada na pessoa, sendo o paciente um sujeito atuante no processo de cuidados com sua saúde.

Na França do início do século XIX, a Escola de Medicina da Universidade de Paris promove uma mudança nos paradigmas da construção do conhecimento médico, e conseqüentemente da formação e da prática médica, com a instauração da **Medicina Hospitalar** (JEWSON, 1976). Os hospitais se constituíram no centro do imenso sistema

médico francês, para onde recorriam milhares de pacientes desprovidos de recursos financeiros, que assumiam um papel passivo e acrítico na relação com os médicos. A competência do médico não seria mais atestada pela opinião de seus pacientes, mas sim pelo reconhecimento de seus pares e por sua posição na hierarquia hospitalar. Com as descobertas oriundas da Patologia Clínica, o interesse pela experiência subjetiva do paciente, até então base do raciocínio clínico, foi substituído pelos estudos de lesões orgânicas específicas. A importância atribuída às características pessoais únicas de cada paciente deu lugar aos estudos de grandes amostras de pacientes hospitalizados e complexas análises estatísticas. Surgia assim uma nova forma de relacionamento médico-paciente, na qual este último deixava de ser um sujeito da relação para tornar-se um corpo onde as doenças se manifestavam (JEWSON, 1976).

Entretanto, o enfoque dado pela Medicina Hospitalar iria se exaurir em pouco tempo. Já em meados do século XIX, a correlação *observação clínica - anatomia - patologia* como paradigma para a construção do conhecimento e a prática médica estava esgotada. Na década de 1850 a imprensa norte-americana denunciava a prática médica como “açougue cirúrgico e envenenamento” (CAMPOS e GARCIA, 1972). É das universidades alemãs dessa época que surge um novo modelo que, de certa maneira, iria estender-se até a atualidade: a **Medicina Laboratorial** (JEWSON, 1976). O casamento anunciado pelo Iluminismo entre a Medicina e as Ciências Naturais é, por fim, consumado. A patologia celular de Rudolf Virchow (publicada em 1858), a fisiologia experimental de Claude Bernard (1813 – 1878) e outras tantas descobertas revolucionaram a Medicina de uma maneira inédita até então. O entusiasmo dos médicos pela ciência intensifica-se com o advento da Microbiologia: pela primeira vez, agentes causadores de doenças de enorme impacto sobre a saúde de grande parte das populações



foram isolados, identificados e visualizados. No seio da sociedade de então, reacende a esperança de ver seus males mitigados pela Medicina Científica.

Se na transição da Medicina à Beira do Leito para a Medicina Hospitalar o foco da relação médico-paciente centrou-se no profissional médico, a Medicina Laboratorial “coisificou” ainda mais o paciente: sua participação nem sequer era importante para a observação clínica; bastava que ele fornecesse material biológico para os exames laboratoriais.

Ao observarmos tais modificações no status do paciente em sua relação com o médico, torna-se imperioso um comentário: os médicos do final do século XVIII não eram mais humanistas que seus colegas de um século depois. Eles valorizavam sobremaneira as queixas e opiniões de seus pacientes porque esta era a melhor forma de se desenvolver um raciocínio clínico. Da mesma maneira, os colegas do século seguinte abraçaram a Medicina Hospitalar e Laboratorial não porque fossem menos interessados pelo bem-estar de seus pacientes, mas, ao contrário, porque justamente estas formas de se exercer a Medicina propiciavam resultados superiores na resolução dos problemas de seus pacientes, quando comparadas ao que era feito no século anterior.

Neste ponto, cabe um breve relato acerca da Medicina em nosso país, já que, no final do século XIX, aqui também se iniciou a Medicina Laboratorial. Até então, a Medicina brasileira refletiu, como pôde, os preceitos em voga na Europa (ibérica nos três primeiros séculos de nossa história, francesa no século XIX), sofrendo, entretanto, “toques da terra”, através da influência da “arte médica” de indígenas, escravos e jesuítas (SANTOS FILHO, 1977).

De 1500 até o início do século XIX, os poucos médicos oriundos da Europa não exerceram grande influência no Brasil. Em grande medida, a Medicina praticada foi a dos pajés, que empiricamente descobriram os efeitos de nossas plantas medicinais.

(CALDAS CONI, apud SANTOS FILHO, 1977). Ainda no século XVIII, a Medicina não era um ofício que nobilitava o indivíduo. Honrarias eram distribuídas aos montes entre senhores de engenho, criadores de gado, mercadores e bandeirantes, mas nunca aos médicos. Numa tirada irônica que remete ao século XVII retratado por Molière, o português Nuno Marques Pereira em seu “Compêndio Narrativo do Peregrino da América”, publicado em 1728, alude assim a atuação dos médicos no Brasil (PEREIRA, apud SANTOS FILHO, 1977, p. 314):

*“Os físicos inexperientes, em chegando à casa do doente, após tomarem o pulso em cada braço, logo receitavam sangrias e purgas, sem melhor indagação da causa da enfermidade(...) Tais físicos somente repetiam a visita após o pagamento da primeira, quando então se limitavam a ordenar a repetição da terapêutica, recitando para o paciente:*

*‘Tengo sangrado e purgado*

*Si no quieres quedar bueno*

*Hirás para el sacristan*

*Que asi lo manda Galeno.’”*

No final do século XVIII, provavelmente inspirados pelo crescente prestígio social dos médicos na Europa iluminista, filhos de famílias brasileiras mais abastadas passam a estudar a Medicina no velho continente. Com a fundação das primeiras escolas médicas em Salvador e no Rio de Janeiro, em 1808, passamos a ter “doutores nacionais”, com forte influência francesa (SANTOS FILHO, 1977). Já em 1866, a Medicina brasileira daria seu primeiro passo rumo à experimentação científica com as pesquisas de Wucherer, Paterson e Silva Lima na Bahia.

Assim, é também na transição do século XIX para o século XX que a Medicina brasileira assume um caráter científico, passando a fazer parte de um sistema universal

que valorizava a especialização como forma de dominar os avanços científicos que surgiriam, a partir de então, com uma velocidade espantosa. A superespecialização acabaria por reforçar uma tendência que promoveu ainda mais o componente biológico da Medicina, baseada, doravante, nos avanços biotecnológicos. Mais uma vez vale salientar que esta tendência refletia, naquele momento histórico, uma opção dos médicos e da Medicina em favor de uma melhor resolutividade para os problemas de saúde de seus pacientes em particular e das populações como um todo.

Apesar de explicar de alguma forma a postura tecnicista da Medicina atual, tais constatações não servem em absoluto para defender esta posição. Se a “coisificação” do paciente pode ter sido condição necessária para o desenvolvimento da Medicina num dado momento do século XIX, está claro que avançamos exageradamente nesse sentido, rumo à chamada **desumanização da Medicina**, a ponto de observarmos um clamor unânime na sociedade por um novo modelo que pautasse o encontro entre médicos e pacientes. Durante o século XX, foi crescente a frustração quanto à capacidade dos médicos em estar à altura das expectativas de seus pacientes no que diz respeito à comunicação, aos cuidados permanentes e à disponibilidade. Tais insuficiências, associadas a mudanças no mercado de trabalho e à conscientização social quanto ao direito aos cuidados em saúde, deterioraram fortemente a representação social do médico na atualidade (COULEHAN e WILLIAMS, 2003).

Como num movimento pendular (ou, se preferirmos, um movimento dialético histórico) partimos de uma “Medicina Humanista” que não resolvia quase nada, mas que acolhia e consolava pessoas num momento de extrema fragilidade, para uma “Medicina Tecnicista” que almeja uma resolutividade praticamente completa, que, no entanto, mostrando-se incapaz de ultrapassar o limite biológico, deixa esvaír o encanto de uma atividade onde o princípio da generosidade é exercido de maneira ímpar.

O momento atual é de tensionar este pêndulo no sentido do pólo humanista sem que, por motivos óbvios, tenhamos de abandonar as maravilhosas conquistas que a biotecnologia produziu (e continuará a produzir por muito tempo). Em outras palavras, importa encontrar uma nova síntese para o conflito dialético entre o humanismo e o tecnicismo. Mas como fazê-lo? Antes, porém, de propormos um caminho, vale a pena esclarecer melhor onde queremos chegar. Que Humanismo é esse sobre o qual estamos falando e quais são os propósitos desta re-humanização da Medicina?

## 2. DESUMANIZAÇÃO E RE-HUMANIZAÇÃO DA MEDICINA

A re-humanização da Medicina não é, certamente, um desejo nostálgico de retorno aos tempos em que a profissão era exercida por poucos e para poucos, de maneira artesanal e paternalista, como amiúde encontramos em relatos saudosistas de médicos, pacientes e familiares (REGO, 2001). O espantoso desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido durante todo o século passado (e ainda em franca aceleração em nossos dias) e a consolidação da assistência à saúde como direito fundamental para todos os indivíduos são fatores que impedem por completo uma volta aos modelos de cuidados com a saúde como eram feitos no passado.

Re-humanizar a Medicina, então, seria permear a atividade médica pela filosofia humanista, cujo berço, na cultura ocidental, é a Grécia Antiga. Ainda que sua definição comporte grandes variabilidades, o Humanismo poderia ser entendido como uma *“filosofia que enfatize o bem-estar e a dignidade humana, e que seja otimista quanto aos poderes do entendimento humano per se”* (BLACKBURN, 1997, p.187). No século V a.C., o dramaturgo grego Sófocles afirmava que *“muitas são as coisas extraordinárias, mas nada existe de mais extraordinário do que o homem”*. No século XV d.C., o Humanismo ganhou um impulso vigoroso durante o Renascimento italiano, que culminou, já no século XVIII, com o filósofo alemão Immanuel Kant, para quem as pessoas não devem jamais ser usadas como meio, pois são um fim em si mesmas (RUSSELL, 1945).

Ser humanista é, pois, acreditar no ser humano, colocá-lo no centro do universo, confiar na sua capacidade de progredir e construir um mundo melhor através da sabedoria oriunda da filosofia, da ciência ou de qualquer outra forma de conhecimento (MOLINA e DIAS, 2003). O Humanismo, no entanto, *“é muito mais gesto e conduta do*

*que saber*” e toma como base os postulados da generosidade, da tolerância e da compreensão (MARAÑON, 1969). Permeiar a Medicina pelo Humanismo significaria, então, inculcar uma visão antropocêntrica e solidária em todos os indivíduos que participam dos cuidados à saúde, sejam eles profissionais, pacientes ou gestores. Significa, por parte do médico, compreender que está lidando com uma pessoa na sua integridade, que está cuidando de alguém e não apenas tentando curar uma doença. Ainda que não possa resolver (curar) certos problemas de seus pacientes (como, por exemplo, uma situação de desemprego ou de desentendimento familiar), o médico poderá sempre ajudar (cuidar) ao se mostrar compreensivo e generoso.

A partir deste esclarecimento sobre o que é o Humanismo e quais os propósitos gerais de uma re-humanização da Medicina, é possível estabelecer uma nova síntese entre humanismo e tecnicismo.

### **3. A FORMAÇÃO HUMANÍSTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA**

Mesmo considerando as particularidades históricas anteriormente descritas, a desumanização da Medicina é, na realidade, parte de um contexto social muito mais amplo. Médicos não vêm de Marte; eles nascem e crescem dentro de uma sociedade na qual a indiferença em relação às pessoas é patente, contrariando justamente a tese central do Humanismo. Além disso, fatores inerentes ao mercado de trabalho no setor de saúde criam circunstâncias que dificultam sobremaneira o atendimento. No entanto, a atividade do profissional da saúde tem algo de especial, pois lida com o bem maior de pessoas fragilizadas pelo sofrimento.

Assim, a tentativa de re-humanização da Medicina passa por diversos aspectos, como, por exemplo, a melhoria das condições de trabalho dos profissionais da saúde e um resgate da filosofia humanista na sociedade em geral. Um tópico de estudos fundamental para promovermos as mudanças no sentido desejado é, sem dúvida, a formação dos estudantes de Medicina.

Como vimos, a partir do século XIX os processos de construção do conhecimento e de formação médica passaram por mudanças fundamentais, que desviaram o foco principal do paciente e de suas percepções subjetivas para as estatísticas sobre um grande número de pacientes hospitalizados e, por fim, para os laboratórios (JEWSON, 1976). Graças a estes processos, tornava-se imperativo que o médico tivesse uma sólida formação científica. Um marco fundamental desta nova tendência foi a publicação, em 1910, do “Relatório Flexner”. Após cuidadosa avaliação das escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, Abraham Flexner sugere mudanças na organização dos cursos de Medicina que teriam impacto profundo não apenas na América do Norte como também em nosso país. Em acordo com a visão

científica da Medicina, Flexner recomendava aos cursos uma forte ênfase nas ciências básicas, destacando a importância do treinamento prático em ambiente hospitalar (HIATT e STOCKTON, 2005). Tais mudanças foram fundamentais para a melhoria do ensino médico em diversas partes do mundo, mas, com o tempo, acabaram colaborando para a fragmentação na formação do médico, que até o presente norteia os currículos ditos “tradicionais”.

No século XX, o avanço vertiginoso das tecnologias biomédicas confrontou ininterruptamente o profissional médico com uma avalanche de informações cuja apreensão completa é virtualmente impossível. Na tentativa de acompanhar tais avanços, as escolas médicas, no esteio do pensamento flexneriano, hipertrofiaram, em seus currículos, as ciências básicas e o treinamento prático (predominantemente hospitalar), em detrimento da formação humanística, relegada a um segundo plano. A importância da formação humanística não é formalmente contestada, mas imagina-se que ela irá ocorrer durante os estágios práticos, quase que de maneira natural e automática, através, dentre outras coisas, dos mestres exemplares. Infelizmente, a realidade não parece confirmar tal expectativa, talvez porque não haja espaço suficiente para as Humanidades no currículo, talvez porque os mestres não sejam tão “exemplares” assim.

O fato é que a insatisfação com o preparo humanístico dos médicos é patente, sendo amiúde referida na literatura (REGO, 2003; MUÑOZ e MUÑOZ, 2003; TRONCON et al., 1998). Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Medicina (BRASIL, 2001) recomendam, como perfil do profissional a ser formado, um *“médico com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos”*. No artigo sobre competências e habilidades, o referido documento recomenda que *“os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos*



*mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética*". Ao elencar conteúdos essenciais à formação, é mencionada a *"compreensão dos determinantes éticos e legais, nos níveis individual e coletivo, do processo saúde-doença"*. Finalmente, no que concerne à organização dos cursos, as Diretrizes prescrevem que *"a estrutura do curso de graduação em Medicina deve incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores voltados para a cidadania"*.

Apesar disso, o espaço para as Humanidades no currículo médico ainda parece ser escasso. Para ampliar este espaço é fundamental que os corpos docente e discente das escolas médicas compreendam **o que é, e para que serve** a formação humanística.

A educação humanística baseia-se tradicionalmente sobre o tripé: Literatura, História e Filosofia. Frequentemente as Artes são associadas àquelas formas de conhecimento, completando assim as quatro fontes da educação humanística (LINDENBERG,1966). A formação humanística tem como objetivo dotar o indivíduo de "pautas de interpretação" para que se oriente frente às diversas encruzilhadas morais que a realidade lhe impõe (LOPEZ QUINTÁS, 2001). O indivíduo passa a ser capaz de sair de si mesmo, mudar seu ponto de vista, ver outras coisas e ver as mesmas coisas de outro modo (COELHO, 2001). E é precisamente nesta flexibilidade mental que reside a importância da formação humanística.

RIBEIRO (2001) sugere que viver no mundo atual é como viajar em meio a tempestades, que dificultam sobremaneira o percurso. Uma das melhores bússolas para essa viagem seria o conhecimento oriundo das obras clássicas da Literatura, da História, da Filosofia e das Artes:

*"Não porque eles dêem lições imortais, invariáveis, de moral, o que não tem mais cabimento ou sentido; mas porque, na sua*

*diversidade, permitem exercitar o espírito com tal liberdade diante das injunções do cotidiano que, mudando este, a mente saiba como encontrar um novo nicho, embora tão provisório quanto o anterior. A idéia é, portanto, que os clássicos, longe de ancorarem seus leitores na repetição das mesmas coisas, os capacitem a lidar com as mudanças melhor que um ensino apressado, o qual apostaria na espuma da impermeabilidade.” (p. 16)*

As mudanças pelas quais passa nossa sociedade ocorrem num ritmo tal que a capacidade de adaptação passa a ser fundamental. No campo das ciências biomédicas essa adaptação parece particularmente importante, já que o profissional da saúde deve ser capaz de mover-se entre os planos biológico e sócio-cultural de seus pacientes (ambos em mutação contínua e acelerada), de maneira praticamente instantânea durante o raciocínio clínico e a prática médica em geral.

Poderíamos enfatizar a importância da educação humanística para os estudantes de Medicina, ao destacar três planos onde esta formação pode influenciar sobremaneira:

- Plano Ético: a formação humanística é essencial para que o médico possa desempenhar um papel de promotor da autonomia de seus pacientes, possibilitando uma melhor compreensão do processo saúde-doença por parte destes, para que sejam capazes de decidir sobre o próprio destino. É a partir de uma relação médico-paciente permeada pelos princípios humanistas da compreensão, generosidade e tolerância que se pode atingir a “cumplicidade” necessária para tanto.
- Plano Epistemológico: A flexibilidade mental proporcionada pela formação humanística permite ao médico transitar entre os campos biológico e sócio-

cultural de seu paciente durante sua prática, de forma a auxiliá-lo na condução dos cuidados com a saúde da melhor maneira possível.

- Plano da Cidadania: A educação humanística favorece uma melhor inserção do indivíduo na sociedade à qual pertence, tornando mais agradáveis, e por isso mais eficazes, seus relacionamentos profissionais, familiares e sociais e ajudando-o, enfim, a compreender melhor o mundo em que vive.

É por estas razões que a educação humanística do futuro médico não é apenas saudosismo, mas vanguarda; não se trata de complemento, mas de fundamento da formação (GALLIAN, 2002). Ainda que considerarmos a característica hedonista da sociedade em que vivemos, a valorização, na formação dos estudantes de Medicina, de virtudes como a generosidade, a tolerância e a compreensão, certamente despertará seus sentidos para o intenso prazer que é receber inesperadamente, durante um cansativo plantão na madrugada do pronto-socorro, um agradecimento sincero por parte de alguém fragilizado pela doença. Ser privado deste prazer é ser privado da beleza da própria profissão.

#### **4. ÉTICA MÉDICA, BIOÉTICA E O CURRÍCULO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

Ainda que inovações interessantes estejam sendo implementadas para contribuir com a formação humanística do estudante de Medicina, a Bioética e a Ética Médica são as disciplinas tradicionalmente responsáveis por esta formação. Ambas são oriundas da Ética, ramo da Filosofia que, como vimos, constitui um dos componentes da educação humanística. Aqui é indispensável um esclarecimento conceitual a fim de definir estas duas formas de Ética aplicada.

A Bioética é *“o estudo sistemático das dimensões morais – incluindo visão, decisão, conduta e normas morais – das ciências da vida e da saúde, utilizando uma variedade de metodologias éticas num contexto interdisciplinar”* (REICH, apud PESSINI e BARCHFONTAINE, 2002, p.32). Já a Ética Médica volta-se para a reflexão sobre o papel dos valores nas relações entre médicos e pacientes, colegas, outros profissionais e a sociedade (MILES et al., 1989). Fica claro, assim, que a Ética Médica está inserida no contexto maior constituído pela Bioética.

Os temas abordados pela Bioética são bastante amplos e dizem respeito a muitas outras disciplinas além da Medicina. Biologia, Sociologia, Filosofia, Direito, Economia, Teologia, Antropologia e Ciências Políticas são, dentre outras, áreas do conhecimento chamadas a contribuir na reflexão ética a respeito de temas emergentes e persistentes relacionados à vida humana (PELLEGRINO, 1999). Assuntos aparentemente tão pouco correlacionados, como ecologia, reprodução assistida, alocação de recursos em saúde, pesquisa com células-tronco embrionárias, organismos geneticamente modificados, transplante de órgãos, sistemas públicos de saúde, clonagem, abortamento, eutanásia e muitos outros são objetos da discussão bioética. Uma vez que muitos desses assuntos ainda não estão “normatizados” sob a forma de códigos, a reflexão ética se faz sobre os

valores relacionados aos temas, na tentativa de chegar a acordos entre diferentes pontos de vista. Mesmo quando já existem leis que regulamentam um determinado assunto (como nos casos do abortamento e da eutanásia, por exemplo), sempre há lugar para uma reflexão bioética, no sentido de discutir e propor eventuais mudanças.

A Ética Médica, por sua vez, é um campo do conhecimento que aborda assuntos que dizem respeito mais especificamente ao relacionamento médico-paciente (ou pesquisador-sujeito de pesquisa), tais como sigilo médico, responsabilidade profissional, relação com pacientes, familiares e outros colegas, bem como aspectos de pesquisa e publicidade médica. Com frequência a discussão é predominantemente deontológica, ou seja, trata de estabelecer os direitos e deveres de médicos e pacientes, uma vez que a Constituição e os códigos de ética médica, civil, penal e do consumidor estão em vigência. É claro que, também aqui, há espaço para um debate ético genuíno, pois muitas das situações vivenciadas no exercício da Medicina não estão precisadas nos referidos códigos e, não raro, cabe ao médico tomar decisões com bases morais.

A ênfase conferida à inserção de disciplinas de Bioética e Ética Médica nos cursos da área da saúde nas últimas décadas decorre da preocupação com a formação humanística dos futuros profissionais, observada tanto no plano nacional (REGO, 2003) como no internacional (LENOIR, 1996). Segundo HOSSNE (1998), os dilemas suscitados pelos avanços da ciência e da tecnologia na área da saúde, bem como as mudanças sócio-culturais hodiernas, levam a uma complexidade crescente da atuação dos profissionais da saúde. Com isso, o ensino da Ética tem sido cada vez mais valorizado, invocado e questionado, não só no âmbito particular das escolas médicas como também, e principalmente, pela pressão externa exercida pelos diversos setores da sociedade, cuja insatisfação com o preparo ético e humanístico dos médicos é patente.

Embora alguns autores menosprezem a eficácia do ensino da Ética nos cursos de Medicina, a ponto de admitir a impossibilidade de uma formação ética fundamental para os estudantes (LOWE et al., 2001), a ampla maioria reconhece sua importância. Ainda assim, muitas perguntas permanecem sem resposta satisfatória. LIND (2000), por exemplo, estudando alunos alemães de Medicina e de outros cursos, sugere que ocorre uma estagnação e até mesmo uma regressão na competência moral durante a educação médica, enquanto estudantes de outros cursos apresentam um nítido incremento da mesma competência. Tal quadro não difere muito daquele observado nos estudos clássicos de socialização profissional conduzidos nos Estados Unidos da década de 1950, que indicavam um *“aumento do cinismo e uma perda do idealismo à medida que os estudantes avançam em seus estudos”* e o *“desenvolvimento de uma ‘preocupação desinteressada’ por seus pacientes”* (REGO, 2001, p.46). Nesse contexto, como poderíamos pensar em reverter esta tendência?

Um passo fundamental é eleger como objeto de estudo o próprio ensino / aprendizagem da Ética nas escolas médicas, a fim de que possamos entender melhor o processo de desenvolvimento moral dos estudantes de Medicina. Desta forma, entrevemos uma possibilidade de contribuir na direção de formar profissionais com um perfil que se aproxime àquele preconizado pelas já referidas Diretrizes Curriculares.

Em um extenso estudo, MEIRA e CUNHA (1994) descreveram a realidade do ensino formal da Ética nas escolas médicas brasileiras, demonstrando que uma disciplina, denominada como Bioética, Ética Médica, Deontologia Médica ou outra, estava presente em 77 das 79 escolas médicas existentes na ocasião (apesar de sua obrigatoriedade!). Os autores indicavam ainda uma desvalorização da disciplina, uma vez que a carga horária e o número de docentes eram restritos. Com relação aos conteúdos, predominavam temas relativos à deontologia/diceologia, em detrimento de

reflexões éticas propriamente ditas. Quase uma década depois, MUÑOZ e MUÑOZ (2003) conduziram estudo semelhante em 103 escolas médicas, concluindo que não haviam ocorrido mudanças significativas, com relação à descrição anterior.

Caso, no planejamento curricular, o ensino da Bioética ocorra como uma disciplina individualizada, esta deveria estar inserida no início do curso, na fase pré-clínica, estabelecendo fundamentos teóricos para o raciocínio moral entre estudantes ainda não mergulhados no meio cultural dos médicos (BARNARD, 1988; HAFFERTY e FRANKS, 1994). Tais cursos introdutórios devem ter por objetivo ensinar aos estudantes a deliberação ética, ou seja, devem capacitá-los ao reconhecimento de sentimentos morais conflitantes, à submissão desses sentimentos a uma reflexão racional e a um engajamento em discussões éticas com colegas, especialistas e autoridades (LIND, 2000).

Entretanto, disciplinas relacionadas à Ética na fase pré-clínica têm sua real importância fortemente questionada. SHORR et al. (1994), após avaliarem 110 estudantes de primeiro ano, afirmam que um curso introdutório de Ética Médica não tem praticamente nenhuma repercussão sobre as perspectivas éticas dos alunos, em fases mais adiantadas do curso. Na mesma linha, JONSEN (1989) avalia como um fracasso retumbante a introdução dos cursos de Ética no currículo médico na década de 1970, quando, através de aulas expositivas com os grandes textos da filosofia moral, se imaginava que Aristóteles e Kant imporiam sobre a Medicina moderna a ordem dos princípios morais.

Já o ensino da Ética Médica parece muito mais proveitoso se ministrado durante a fase clínica do curso, quando os alunos vivenciam dificuldades na condução de casos e no relacionamento com os pacientes e familiares. A motivação oriunda da necessidade de resolver um problema ético real propicia uma aprendizagem mais significativa

(BICKEL,1996), de forma que a competência para a deliberação ética adquirida no curso introdutório é refinada e desenvolvida na prática. Sem a oportunidade de tomar decisões nas situações reais de conflito, o desenvolvimento moral dos estudantes pode estagnar (BAMBAS e SMITH, 2000). Com uma visão mais abrangente, MILES et al. (1989) recomendam que a educação ética nos cursos médicos deveria ser integrada horizontal e verticalmente, perpassando o curso em todos os momentos.

De uma forma geral, a literatura mostra que os debates éticos a respeito de casos (reais ou produzidos) efetuados na fase clínica do curso parecem ter maior aceitação (MILES et al., 1989). Contudo, embora os estudantes se interessem mais pelas situações concretas que estão enfrentando, nessa etapa do curso estão de tal forma envolvidos com a cultura médica que provavelmente já adotaram alguns padrões de comportamento, estando mais preocupados em respeitar normas que em raciocinar eticamente (CUSHING, 1996). Para HAFFERTY e FRANKS (1994), no entanto, a concentração da discussão ética em casos clínicos tem a desvantagem de centrar em demasia os problemas na relação médico - paciente, dificultando o surgimento de questionamentos éticos mais amplos e que são fundamentais para um compromisso do profissional com a cidadania.

Na década de 1920, o psicólogo e pedagogo russo VIGOTSKI afirmava que “*a educação moral deve se diluir despercebidamente nos modos gerais que são estabelecidos e regulados pelo ambiente social. Nem o professor nem o aluno devem notar que se trata de um ensino especial da moral*” (2003, p.214). Em conformidade com tais observações, HUNDERT et al. (1996) recomendam que as pesquisas sobre o ensino da Ética voltem sua atenção para o **contexto** da formação médica. Formas sutis de contato entre a rotina estudantil e a cultura médica têm o potencial de ensinar ética com uma profundidade que cursos formais não podem alcançar.



Nesta mesma linha, HAFFERTY e FRANKS (1994) criticam a idéia que os princípios éticos devam ser utilizados como instrumento no momento do encontro médico-paciente, mas sim que sejam incorporados à identidade profissional dos médicos. Ao distinguirem a Ética como instrumento da Ética como identidade, chamam a atenção para a cultura médica dentro da qual se dá a formação. A internalização de valores, atitudes e comportamentos considerados importantes para a formação médica não ocorre apenas dentro de um currículo formalmente planejado, mas principalmente através de um “currículo oculto” (discutido adiante), onde se desenvolve a replicação da cultura da Medicina e não há uma preocupação formal com o ensino de conhecimentos e técnicas (HAAS e SHAFFIR, apud HAFFERTY e FRANKS, 1994).

Vale chamar a atenção para a complementaridade entre esta visão e uma outra, referente ao **Processo de Socialização**. Proveniente da Sociologia, particularmente dos trabalhos de Berger e Luckmann que advogam a construção social da realidade, a socialização, que pode ser entendida como “*o processo através do qual a personalidade é formada como resultado das influências sociais*” (REGO, 2001, p.34), pode ser vista, segundo este autor, em duas dimensões:

- Socialização Primária: ocorre na infância e tem os pais como principais agentes. O indivíduo se converte em membro de uma sociedade. Pela intensidade do envolvimento afetivo familiar, essa forma de socialização torna-se muito significativa para o indivíduo, influenciando-o por toda a vida (o que não impede que surjam questionamentos a partir da adolescência) e
- Socialização Secundária: caracteriza-se pela interiorização de subculturas específicas, ligadas especialmente à divisão social do trabalho. Ocorre durante toda a vida e, por serem desprovidas de cargas emocionais tão intensas quanto as da socialização primária, são mais facilmente substituíveis.

Uma forma de socialização secundária que nos interessa em especial é a chamada **Socialização Profissional**. No caso dos estudantes de Medicina, este processo se inicia no começo da graduação. Durante os seis anos do curso, existe uma grande motivação: tornar-se médico. O estudante precisa aprender não só os conteúdos que possibilitam a atuação profissional, mas também as formas de agir e comportar-se como médico. Para isso, identifica desde logo **modelos** e **antimodelos** nos profissionais que o cercam (REGO, 2001).

Esta Socialização Profissional efetua-se tanto por meio de uma aprendizagem direta através do currículo planejado, como por uma aprendizagem indireta proveniente dos contatos com professores, colegas, outros profissionais da área e pacientes. Como teremos oportunidade de discutir à frente, há evidências empíricas de que o impacto da Socialização Profissional sobre a formação ético-moral do estudante de Medicina é de extrema importância.

Para que os princípios éticos estejam solidamente atrelados à identidade profissional dos médicos, passa a ser fundamental o reconhecimento e a exploração desta cultura específica dos médicos através da qual se dá a Socialização Profissional. Para isso, pesquisas sobre o que se costuma denominar “currículo oculto” constituem instrumento valioso para diagnosticar as causas das fragilidades morais dos futuros médicos e para propor intervenções, no âmbito da educação médica, a fim de reverter o processo que se convencionou chamar de desumanização da Medicina.

O currículo oculto pode ser definido como *“o conjunto de atitudes, valores e comportamentos que não fazem parte explícita do currículo, mas que são implicitamente ‘ensinados’ através das relações sociais, dos rituais, das práticas e da configuração espacial e temporal da escola.”* (SILVA, 2000, p. 33)

De acordo com JACKSON, apud WEAR (1998), o Currículo Oculto é constituído pelas maneiras tácitas através das quais conhecimentos e comportamentos são construídos. Perpassando de maneira transversal (ou como um “pano de fundo”) os currículos formal e informal (que constituem o currículo escolar) e o currículo paralelo, seu conhecimento só pode ser desvelado através da pesquisa educacional (MAIA, 2005). Para HAFFERTY e FRANKS (1994), o currículo oculto está nas salas de aula (onde, por exemplo, um professor de bioquímica transmite informações subliminares sobre a natureza da ciência, suas incertezas e as ambigüidades do trabalho científico). Faz-se presente também numa reunião para discussão de casos (quando certos relatos podem reforçar estereótipos de gênero, raça, incapacidade etc.) ou numa conversa, à beira do leito, com um paciente terminal. Fora do currículo formal, nos refeitórios e corredores do hospital, nas “salas dos médicos”, durante os intervalos das aulas, estórias e piadas contadas por colegas ou professores têm profundo impacto sobre a formação da identidade profissional, em especial no que se refere a aspectos éticos, dos estudantes de Medicina.

Ainda que o currículo oculto não dependa apenas dos atores sociais envolvidos para passar suas mensagens (as próprias estruturas de atendimento médico e o ambiente de ensino geram situações de conflito para o estudante enquanto prestador de serviços, como o choque entre uma prática de ensino e as necessidades do paciente), encontramos nas atitudes e nos comportamentos exibidos pelo corpo docente um dos mais contundentes veículos para a formação moral dos estudantes de Medicina (REGO, 2001).

Segundo HAFFERTY e FRANKS (1994), existem três visões diferentes em relação à possibilidade de as escolas médicas promoverem o desenvolvimento moral dos estudantes:

1. Desvios da prática médica e da conduta científica podem ser corrigidos e prevenidos somente se o ensino da Ética tiver maior espaço no currículo formal através de cursos intencionalmente estruturados para esse fim.
2. Ainda que seja possível ensinar alguns conceitos morais básicos através de cursos formais de Ética, o caráter moral do estudante já está formado quando ele ingressa na escola médica. Um curso, ou até mesmo um currículo, com essa finalidade não conseguirão remodelar a personalidade do estudante nem garantir uma postura ética no futuro.
3. Ainda que o caráter moral do estudante já esteja profundamente modelado antes de seu ingresso na escola médica, ele pode ser influenciado por processos informais como o contato com colegas, a aquisição de experiência profissional e a observação de exemplos dados por médicos e professores.

O presente trabalho busca explorar esta última visão, apresentando argumentos críticos às duas outras. Para isso, é indispensável uma breve jornada a algumas teorias fornecidas pela Psicologia a respeito do desenvolvimento moral de adultos.

## 5. O DESENVOLVIMENTO MORAL DE ADULTOS

Dentre os estudiosos do desenvolvimento moral, uma das teorias que apresenta maior repercussão na atualidade, segundo a literatura especializada, é o cognitivismo, explorado nos trabalhos de Lawrence Kohlberg. A partir dos estudos de Jean Piaget, Kohlberg associa o desenvolvimento moral ao desenvolvimento cognitivo, baseado no princípio da justiça, numa seqüência invariável e irreversível. A teoria coloca em segundo plano, sem descartar em absoluto, as influências sócio-ambientais. Esta seqüência parte de um nível (chamado de “pré-convencional”) onde as razões para se agir moralmente são o medo da punição e o interesse pessoal imediato. Num segundo nível (“convencional”), o indivíduo passa a ter a perspectiva de um ator social, levando em conta o que as pessoas mais próximas a ele pensam e, num estágio mais avançado, as razões para a ação moral visam a proteger as instituições sociais através do respeito irrestrito às normas, códigos e leis. No terceiro e último nível (“pós-convencional”), o indivíduo enxerga além das normas e leis de sua própria sociedade e procura por princípios sobre os quais qualquer boa sociedade deve ser construída (REIMER et al., 1990). No nível pré-convencional se enquadram as crianças e adolescentes mais novos. No nível convencional estão os adolescentes e a grande maioria dos adultos. O nível pós-convencional seria atingido apenas na vida adulta e, ainda assim, por uma minoria dos indivíduos.

Um estudo empírico longitudinal conduzido pelo grupo do próprio Kohlberg durante vinte anos validou esta teoria e demonstrou um desenvolvimento consistente do raciocínio moral até pelo menos os 36 anos de idade, quando cessaram as averiguações (REIMER et al., 1990).

A partir deste modelo, um grande número de pesquisas verificou que quanto maior o nível educacional, maior a capacidade de raciocinar moralmente (REST, 1994). Estudos de revisão da literatura mostram que existe uma forte correlação entre anos de estudo e desenvolvimento do raciocínio moral (McNEEL, 1994). O incremento na qualidade do raciocínio moral coloca o desenvolvimento desta competência entre os maiores impactos que a universidade pode ter sobre adultos jovens (LEE e SNAREY, apud SPRINTHALL, 1994). Pode-se afirmar, portanto, através de estudos empíricos, que no domínio cognitivo, no âmbito do raciocínio moral, o desenvolvimento moral de adultos pode ter lugar na formação universitária.

Na área da saúde estes achados são confirmados em estudantes de Enfermagem (DUCKETT e RYDEN, 1994) e Odontologia (BEBEAU, 1994). Com relação aos estudantes de Medicina, entretanto, vários trabalhos demonstram uma estagnação (BRANCH Jr, 2000; COULEHAN e WILLIAMS, 2003; PATENAUDE et al. 2003) e até mesmo uma regressão (LIND, 2000) da competência para o raciocínio moral. SELF e BALDWIN Jr (1994) afirmam, após revisão da literatura, que estudantes de Medicina não evoluem moralmente como seria esperado para universitários (quanto maior o nível educacional, maior o estágio de raciocínio moral). Os índices de desenvolvimento do raciocínio moral se mantêm, em média, iguais no início e no final da graduação. Entretanto, ocorre um estreitamento significativo nos intervalos de raciocínio moral (regressão para a média). Altos índices caem e baixos índices sobem, resultando num efeito de homogeneização, o que demonstra uma poderosa influência do meio social (Socialização Profissional) sobre os estudantes de Medicina. Vale salientar que com estudantes de Medicina Veterinária (SELF et al., 1994) e Contabilidade (PONEMON e GABHART, 1994) foi demonstrado o mesmo fenômeno.

No entanto, críticas consubstanciadas são dirigidas contra esta teoria, afirmando que um raciocínio moral mais elaborado pode ajudar, mas não é de forma alguma suficiente, para garantir uma conduta moralmente desejável. Raciocinar moralmente é um requisito, mas o que importa de fato é a “performance”, a ação, o comportamento moral (SINGER, 2003). O próprio Kohlberg reconhece esta limitação da teoria quando afirma que a educação moral deve lidar diretamente com a ação e não apenas com o raciocínio, com situações da vida real e não apenas com casos hipotéticos (KOHLBERG, 1990). Segundo THOMA (1994), dados empíricos apontam para uma associação entre ação e raciocínio moral em virtualmente todos os trabalhos analisados. Todavia, a magnitude desta associação não é muito forte, girando em torno dos 15%. Ou seja, outros componentes, que extrapolam o raciocínio moral, são necessários para levar o indivíduo a agir moralmente.

Com o intuito de compreender melhor as condições que desenvolvem um comportamento moral, James Rest elaborou um novo modelo. Estabelecendo uma ponte entre o cognitivismo e outras correntes da Psicologia como o Aprendizado Social, o autor propõe o “Modelo dos quatro componentes” (REST, 1994) que intenta responder à seguinte pergunta: o que devemos supor que ocorra no plano psicológico para que o comportamento moral aconteça? Rest aponta para os quatro fatores abaixo que, atuando em conjunto e sem uma ordenação temporal fixa, seriam determinantes para o ato moral:

- **Sensibilidade Moral:** capacidade de, uma vez apresentada uma determinada situação, identificar a ocorrência de um problema moral, levantar as questões pertinentes e vislumbrar as possíveis linhas de ação;
- **Raciocínio Moral:** uma vez identificadas as possíveis linhas de ação, fazer uma escolha moralmente justificável, tomar uma decisão, levando em consideração

princípios éticos como a justiça, a solidariedade e o respeito à autonomia das pessoas;

- **Motivação Moral:** potencial de conferir maior importância aos valores morais em relação a outros valores. Na literatura anglo-americana a motivação moral está associada ao conceito de “profissionalismo”: colocar os valores inerentes à profissão acima dos interesses pessoais ou institucionais e
- **Caráter Moral:** o comportamento moralmente correto nem sempre é o mais fácil de ser executado. O caráter moral se refere a virtudes instrumentais como a coragem, a perseverança e a convicção para superar as dificuldades e agir moralmente.

BREDEMEIER e SHIELDS (1994) complementam o modelo apontando para as influências do **contexto** sobre os quatro componentes. Ambientes desfavoráveis, por exemplo, podem dificultar a identificação de um problema moral (sensibilidade) ou exigir um caráter moral extremamente forte para a realização da ação moral.

Assim, o “Modelo dos quatro componentes” de Rest associa dois fatores do domínio cognitivo (sensibilidade e raciocínio) a dois fatores do domínio afetivo (motivação e caráter), perpassando por todos eles as influências do contexto.

Analisando este modelo em relação ao ensino da Contabilidade, ARMSTRONGA et al. (2003) sugerem que influenciar diretamente o quarto componente (caráter moral) provavelmente está além das possibilidades de educadores do nível superior. Cursos especialmente preparados para esta finalidade (onde se discuta filosofia, literatura e história) e discussão de casos podem ajudar a desenvolver a sensibilidade e o raciocínio moral. No que se refere à motivação moral, os professores universitários têm uma função primordial, pois, em geral, são os membros daquela



atividade profissional com os quais os estudantes têm o primeiro contato. Através do exemplo destes professores os estudantes sentem o “tom moral” da profissão, passando a conhecer os valores inerentes à mesma (“profissionalismo”). LARKIN (2003) enfatiza que os professores de Medicina serão os primeiros a mostrar sinais concretos do profissionalismo, tais como pontualidade, respeito pelos pacientes e relação positiva com os familiares, dentre outros.

Além do exemplo de profissionalismo, o professor poderá ajudar a desenvolver moralmente seus estudantes ao se engajar, junto à sua disciplina ou à instituição onde leciona, para que o ambiente de trabalho/aprendizagem favoreça a ação moralmente correta. Ainda que não possa influenciar diretamente o caráter moral dos estudantes, pode facilitar no sentido de que o comportamento moral se manifeste com mais frequência e num maior número de estudantes, mesmo entre alguns que não tenham este traço tão forte. E sabemos, desde Aristóteles, que as virtudes (como a coragem e a perseverança) são um hábito que se desenvolve através da repetição.

## 6. O PROFESSOR DE MEDICINA COMO MODELO

Tradicionalmente considera-se que a melhor maneira de se ensinar um comportamento moral é através do exemplo. Já na Grécia Antiga, Platão afirmava que ou um exemplo decente poderia ensinar a ética ou a ética não poderia ser ensinada e nem sequer definida. Aristóteles escreveu que, para aprender algo sobre a justiça, devemos olhar para uma pessoa justa.

Entre aqueles que ensinam Ética, já é bem conhecida a máxima segundo a qual um exemplo real (positivo ou negativo) tem muito mais influência que quaisquer palavras proferidas durante uma aula. Em meados da década de 1980, o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) promoveu uma série de debates entre especialistas para levantar os problemas relacionados à formação moral na graduação médica. O principal problema apontado foi justamente o mau exemplo dado pelos médicos durante o atendimento. HICKS et al. (2001) e SATTERWHITE et al. (2000) apontam o exemplo negativo dos professores, principalmente daqueles que demonstram uma postura eticamente reprovável em relação aos pacientes, como o fator mais problemático na formação ético-moral dos estudantes de Medicina. Ao contrário, os bons exemplos têm o potencial de diminuir a influência do ambiente onde se dá a socialização profissional, muitas vezes carregado de cinismo e excessiva competitividade (GOLDIE, 2004).

Ainda que o exemplo como estratégia principal de ensino do comportamento moral não esteja isento de críticas (ERDE, 1997), o fato é que os professores de Medicina são uma referência constante de conduta profissional para seus estudantes através do exemplo. Em particular, aqueles que exercem, ao mesmo tempo, funções de assistência e de docência têm uma responsabilidade particularmente maior, num

momento em que a sociedade demonstra insatisfação com o preparo dos médicos no âmbito da Ética e do Humanismo.

Vimos que, de acordo com o “Modelo dos quatro componentes”, o exemplo dado pelos professores pode influenciar sensivelmente na motivação para que os estudantes pratiquem as ações morais. Isto se daria através da demonstração de virtudes inerentes ao bom médico, da apreensão do senso de profissionalismo, o que, em última análise, significa colocar o bem estar dos pacientes acima de interesses próprios ou da instituição. Ao observar virtudes tais como amabilidade, sinceridade, compaixão, modéstia e desprendimento na atuação dos professores, não apenas em relação aos pacientes, mas também aos familiares, outros profissionais e a eles próprios, os estudantes terão maiores possibilidades de atuar de maneira semelhante. Ao contrário, se a atuação dos professores for permeada por cinismo, arrogância, distanciamento e ambição, estarão dadas as bases para a construção de uma futura prática mais desumanizada.

Ainda de acordo com o modelo proposto, podemos afirmar que, além de atuar diretamente na motivação moral do estudante, o exemplo de conduta do professor pode criar um ambiente mais propício para o desenvolvimento de todos os componentes da ação moral. Presume-se que, num contexto onde as ações moralmente corretas não sejam impedidas (e, de preferência, sejam até estimuladas), mais estudantes terão maiores oportunidades de manifestar hábitos positivos. Por fim, ao refletirmos que cada vez que exercitamos uma virtude, mais profundamente a assimilamos em nossas identidades pessoais e profissionais, fica clara a importância do exemplo dado pelo professor na formação ético-moral do estudante de Medicina. Tal afirmação encontra lastro não apenas no senso comum, mas também na Filosofia, na Sociologia e na Psicologia.

## **OBJETIVOS**

## **OBJETIVO GERAL:**

Caracterizar e discutir, sob a ótica dos profissionais que exercem atividade docente na graduação em Medicina na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) / Escola Paulista de Medicina (EPM), sua participação na formação ético-moral dos estudantes.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Conhecer a concepção e a importância atribuída pelos profissionais que exercem atividade docente na UNIFESP/EPM quanto ao desenvolvimento ético-moral dos estudantes, no que diz respeito às suas iniciativas pessoais e à Instituição.
- Caracterizar, na opinião dos próprios profissionais, seu preparo para atuar na formação ético-moral dos estudantes.
- Identificar e caracterizar as práticas utilizadas pelos profissionais para promover o desenvolvimento ético-moral dos estudantes.
- Conhecer as sugestões dos profissionais para aprimorar a formação ético-moral dos estudantes.
- Averiguar possíveis diferenças acerca das concepções e práticas docentes entre as diversas categorias funcionais dos participantes.

**PROCEDIMENTOS  
METODOLÓGICOS**

## **1. CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA**

A pesquisa aqui apresentada pode ser descrita como uma pesquisa exploratória, do tipo descritivo-analítica, utilizando abordagens quantitativas e qualitativas.

## **2. CONTEXTO DA PESQUISA**

O local de coleta de dados foi a UNIFESP-EPM e os sujeitos da pesquisa foram os profissionais que exercem atividade docente na graduação em Medicina nesta instituição, incluindo-se docentes, médicos e demais profissionais técnico-administrativos de nível superior, pós-graduandos e residentes.

O curso médico da Escola Paulista de Medicina teve seu início junto com a fundação da instituição, em 1933, no município de São Paulo. Durante as décadas seguintes, outros cursos na área da saúde foram incorporados e em 1994 a instituição foi transformada em Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atualmente, a UNIFESP está se expandindo com o surgimento de novos campi e a abertura de cursos fora da área da saúde.

Em 1997, a UNIFESP implantou um novo currículo para o curso médico, denominado “Currículo Nuclear”, encarado como ponto de partida das transformações necessárias para o *“preparo do médico-cidadão no novo milênio”* (UNIFESP, 2006). Através de concurso vestibular, são admitidos anualmente no curso médico da UNIFESP, 121 estudantes, sendo 11 deles pelo sistema de cotas.

Cabe ainda salientar que o curso médico da UNIFESP é reputado entre os melhores do país, e a instituição goza de grande prestígio, tanto no meio acadêmico

como na sociedade, por sua atuação na pesquisa na área da saúde e pela extensão universitária.

### **3. COLETA DOS DADOS**

O instrumento de pesquisa utilizado foi um questionário (Anexo 2), consistindo de 23 perguntas ou assertivas, 20 fechadas e 3 abertas, divididas em três partes:

- 1) Importância da formação ético-moral do estudante de Medicina e papel docente (assertivas 1 a 8);
- 2) Qualificação Docente (perguntas 9 a 14); e
- 3) Dados Pessoais (perguntas 15 a 23).

Foi realizado um pré-teste do questionário com 10 professores do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS) e da Medicina Preventiva envolvidos com os alunos da graduação em Medicina no Módulo “Educação e Comunicação em Saúde”.

Para a aplicação do questionário foram usadas duas estratégias. Para as disciplinas da área básica, o pesquisador conversou pessoalmente com o docente responsável pelo curso na graduação em Medicina solicitando que o mesmo distribuísse o questionário a seus colegas. Na área clínica, o pesquisador fez, durante reuniões clínicas das Disciplinas e Serviços, uma exposição sucinta da pesquisa e entregou os questionários àqueles que desejassem participar. O recolhimento dos questionários foi feito nas secretarias dos setores.

Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento (Anexo 1).



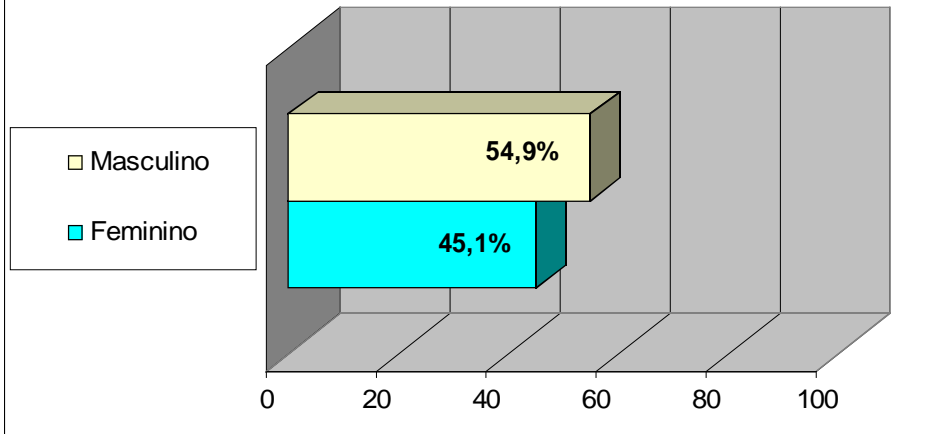
#### **4. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA**

A todos os 24 Departamentos que participam do currículo nuclear do curso de graduação em Medicina da UNIFESP foi apresentada a pesquisa e foram entregues questionários. Apenas de dois destes Departamentos não obtivemos nenhuma devolução. Um total de 646 voluntários se dispôs a receber o questionário, dos quais 237 foram respondidos (índice de devolução de 36,7%).

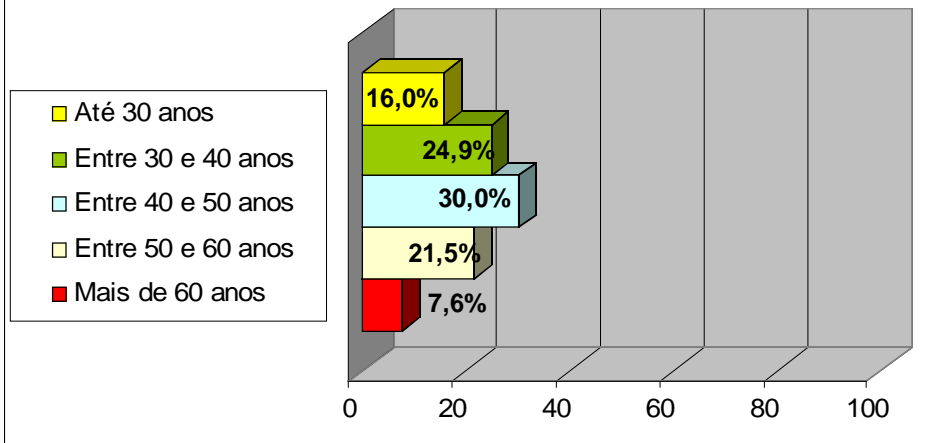
Aqui, vale salientar uma dificuldade deste estudo em relação ao universo a ser pesquisado. Conhecemos com precisão o número total de cada categoria profissional incluída nesta pesquisa, exceto os profissionais voluntários. Nosso universo é composto por 579 Professores, 64 Professores Visitantes, 1534 Profissionais Contratados, 2078 Pós-Graduandos e 496 Residentes. Contudo, é impossível determinar quantos indivíduos deste universo exercem efetivamente atividades de ensino com estudantes de Medicina. Nem mesmo os coordenadores dos diferentes cursos ou módulos souberam precisar este número, especialmente na segunda metade do curso, quando residentes, pós-graduandos e médicos contratados têm atividades cotidianas com os estudantes.

Do total de 237 participantes, 130 (54,9%) são do gênero masculino e 107 (45,1%) do feminino (Gráfico 1). Cento e quarenta (59,1%) têm mais de 40 anos de idade (Gráfico 2), 208 (86,7%) têm formação no nível de graduação em Medicina (Gráfico 3) e 166 (70,1%) estão formados há mais de 10 anos (Gráfico 4). Quanto à titulação acadêmica, 147 participantes (59,1%) têm doutorado, pós-doutorado ou livre-docência (Gráfico 5).

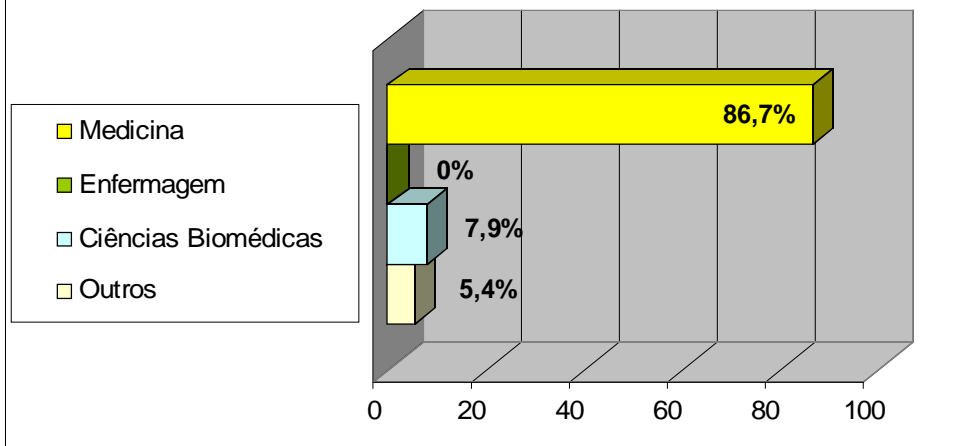
**Gráfico 1. Gênero**



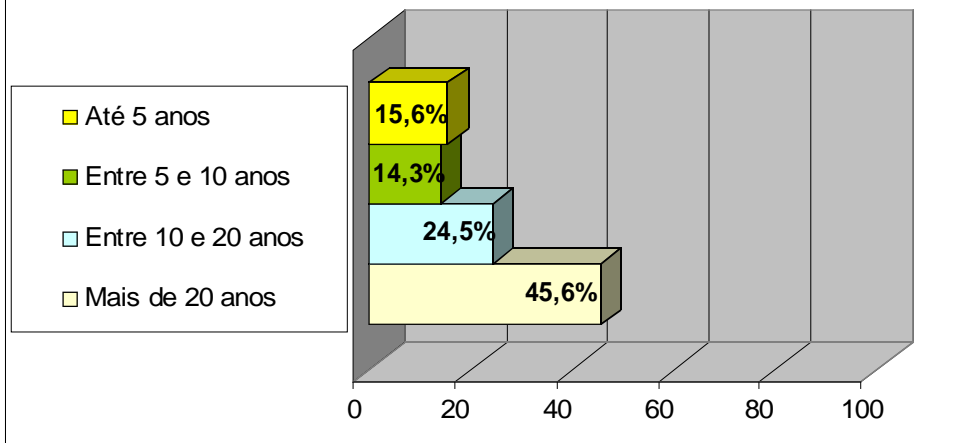
**Gráfico 2. Faixa etária.**

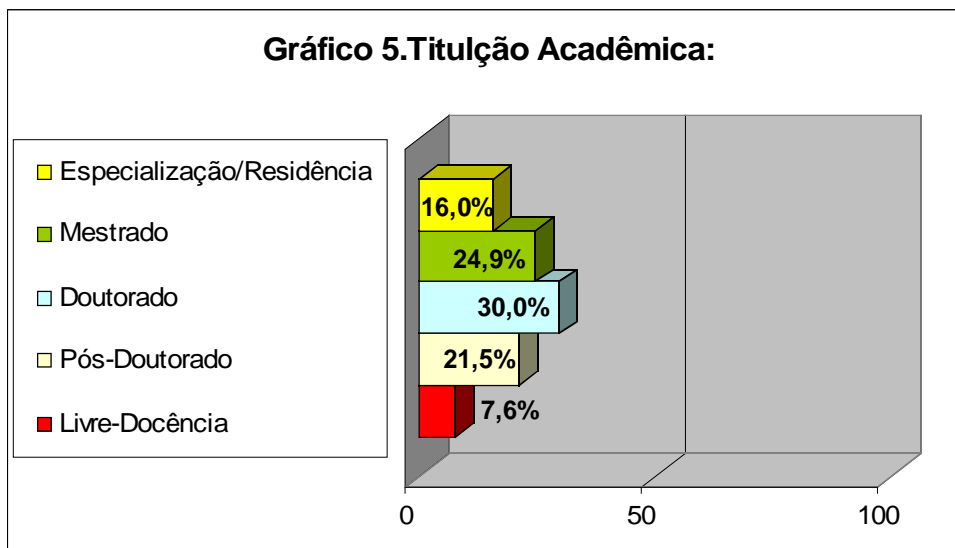


**Gráfico 3. Formação em nível de graduação:**



**Gráfico 4. Tempo de Formado**

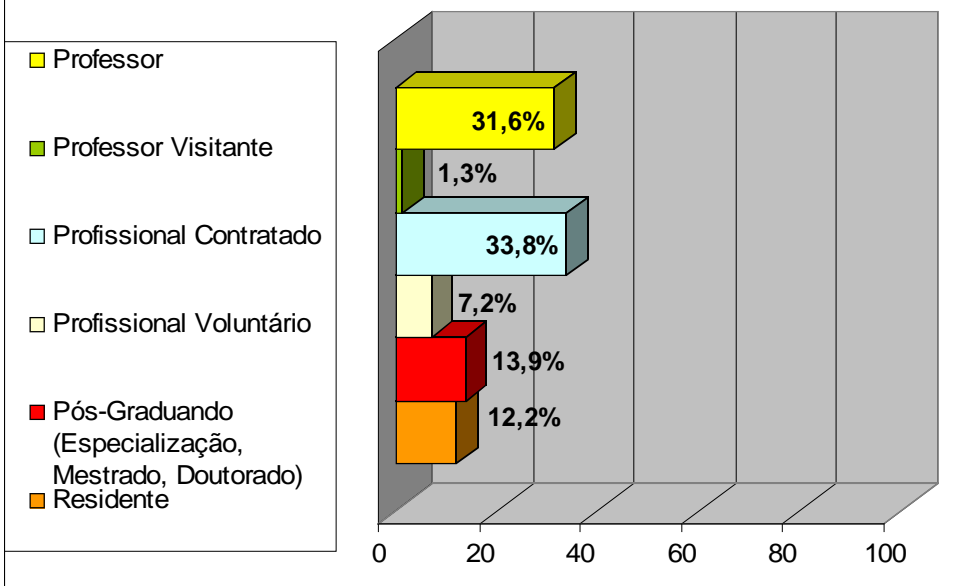




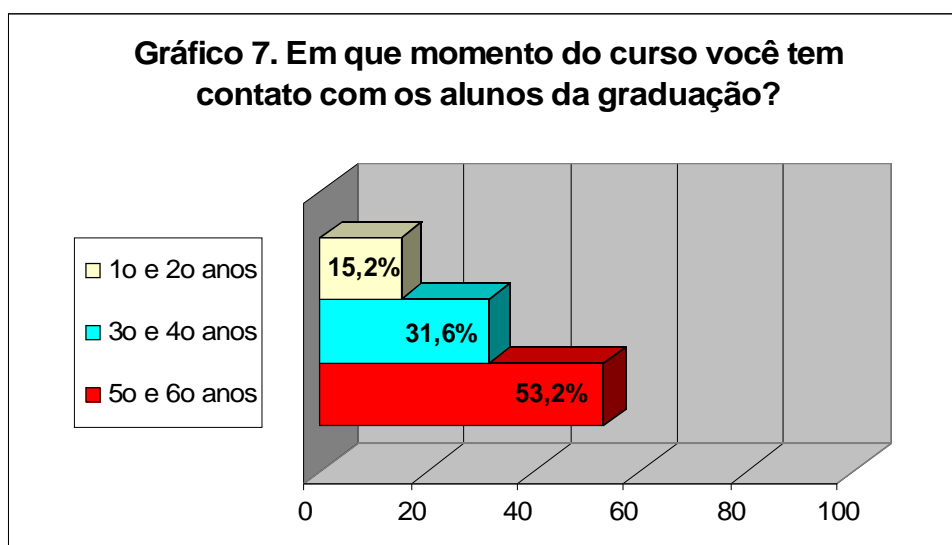
No que se refere ao vínculo com a UNIFESP (Gráfico 6), 80 indivíduos (33,8%) são profissionais contratados, 75 (31,6%) são professores, 33 (13,9%) pós-graduandos, 29 (12,2%) residentes, 17 (7,2%) profissionais voluntários e 3 (1,3%) professores visitantes. Quanto ao momento do curso no qual sua atuação é mais intensa (Gráfico 7), 126 indivíduos (53,2%) estão no 5º e 6º anos, 75 (31,6%) no 3º e 4º e 36 (15,2%) no 1º e 2º anos.

Cento e sessenta e sete sujeitos da pesquisa (70,5%) têm como cenário de ensino a sala de aula, 130 (54,8%) o Ambulatório, 67 (28,3%) a Enfermaria, 56 (23,6%) o Centro Cirúrgico, 52 (21,9%) o Pronto Socorro, 50 (21,1%) o Laboratório, 17 (7,2%) a Unidade Básica de Saúde, 14 (5,9%) a UTI e 7 (2,9%) a comunidade (Gráfico 8).

**Gráfico 6. Vínculo com a UNIFESP-EPM e/ou HSP:**

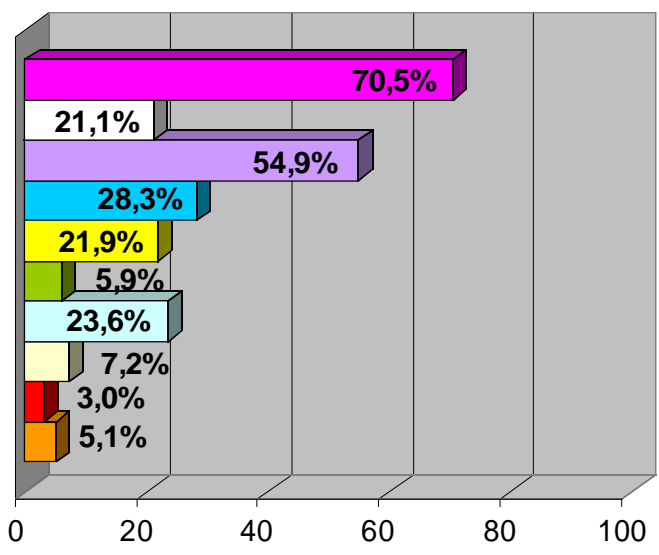


**Gráfico 7. Em que momento do curso você tem contato com os alunos da graduação?**



**Gráfico 8. Em quais dos cenários abaixo você atua com os alunos de graduação em Medicina? (assinale mais de um caso deseje).**

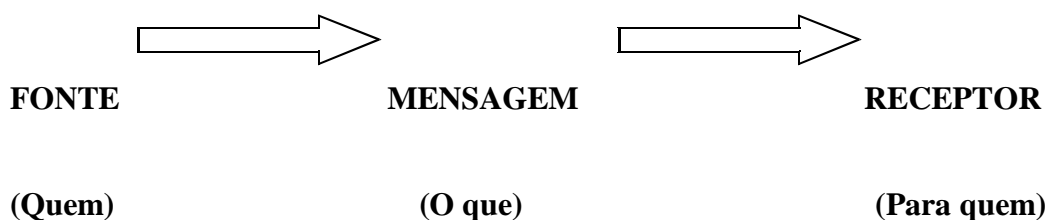
- Sala de Aula
- Laboratório
- Ambulatório
- Enfermaria
- Pronto Socorro
- UTI
- Centro Cirúrgico
- Unidade Básica de Saúde
- Atividades na Comunidade
- Outros



## 5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos são apresentados com suas frequências relativas nos gráficos 9 a 20. As respostas dadas na primeira parte do questionário (importância da formação ético-moral e papel docente, assertivas 1 a 8) foram cruzadas com os dados pessoais (terceira parte do questionário, questões 15 a 22). O teste do Qui-Quadrado com nível de significância de 5% foi aplicado quando possível.

Os dados qualitativos foram estudados utilizando-se uma Análise de Conteúdos, assim como descrita por FRANCO (2003). Segundo esta autora, as características gerais da Análise de Conteúdos podem ser esquematizadas de acordo com figura a seguir:



Nossa pesquisa lida com as opiniões do emissor (sujeito da pesquisa), que não é aleatória, mas sim influenciada por sua concepção de mundo, consciente ou não. Assim, partimos da descrição dos conteúdos manifestos das mensagens (respostas às questões abertas) para, através da discussão com a literatura, interpretá-las.

As Unidades de Registro diferiram de acordo com as formas através das quais as respostas foram obtidas. Para a questão 13 (onde os participantes citam até três situações de conflitos éticos) utilizamos os **itens** como unidade de registro, enquanto que para a questão 14 (onde os participantes escrevem um pequeno texto acerca de sua concepção de formação ético-moral) utilizamos os **temas**.

Feito o registro das respostas, partimos para uma leitura exaustiva dos mesmos, a fim de familiarizarmo-nos com o material. A partir de então, utilizamos a frequência com que o item ou o tema foi mencionado, como indicador para a elaboração das categorias apresentadas em nossos resultados.

Após várias idas e vindas do material coletado aos referenciais teóricos expostos em nossa introdução, reagrupamos, por analogia, as unidades de registro em versões iniciais das categorias, que foram, pois, elaboradas '*a posteriori*'. Durante o processo de discussão dos resultados, as categorias sofreram algumas modificações, até a elaboração deste relatório.

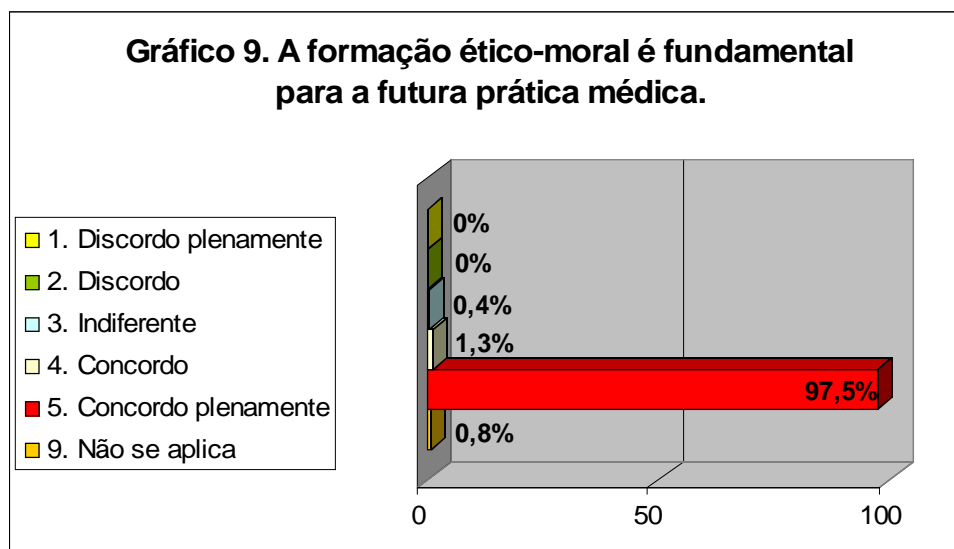


## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

## 1. RELATIVOS À IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO ÉTICO-MORAL E AO PAPEL DOCENTE.

Na primeira parte do questionário (Importância da formação ético-moral e papel docente) foram apresentadas 8 assertivas (Gráficos 9 a 16), para as quais era solicitado o grau de concordância do participante, de acordo com uma escala de 1 (discordância total) até 5 (concordância total). Caso o pesquisado julgasse não ter elementos para avaliar a assertiva, assinalaria a opção NA (não se aplica – opção 9).

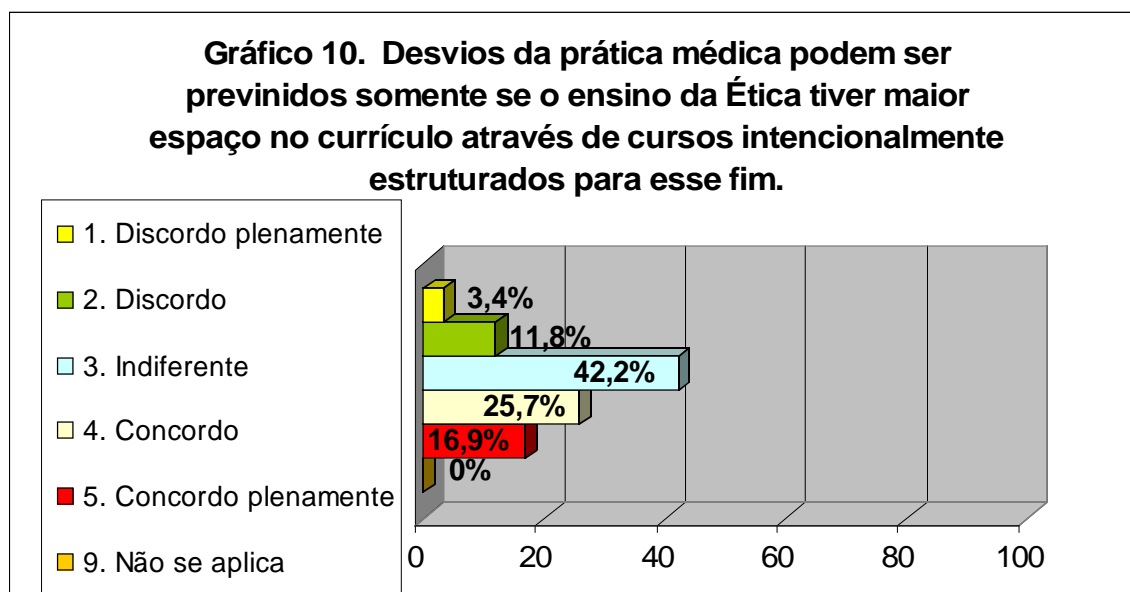
No que se refere à importância da formação ético-moral e ao papel docente, praticamente a totalidade (98,8%) dos 237 sujeitos da pesquisa consideraram a formação ético-moral do estudante de Medicina fundamental para a prática médica (Gráfico 9).



Este resultado demonstra claramente a grande importância que os participantes da pesquisa atribuem à formação ético-moral dos estudantes. Como a participação na pesquisa foi voluntária, este resultado pode apresentar um certo viés, não sendo

representativo da concepção do corpo docente da UNIFESP como um todo. Profissionais que exercem atividade docente e que porventura não atribuam importância fundamental a este tipo de formação podem simplesmente ter optado por não participar da pesquisa. Por outro lado, aqueles que se dispuseram a responder o questionário, talvez o tenham feito justamente porque consideram a formação ético-moral do estudante de Medicina fundamental.

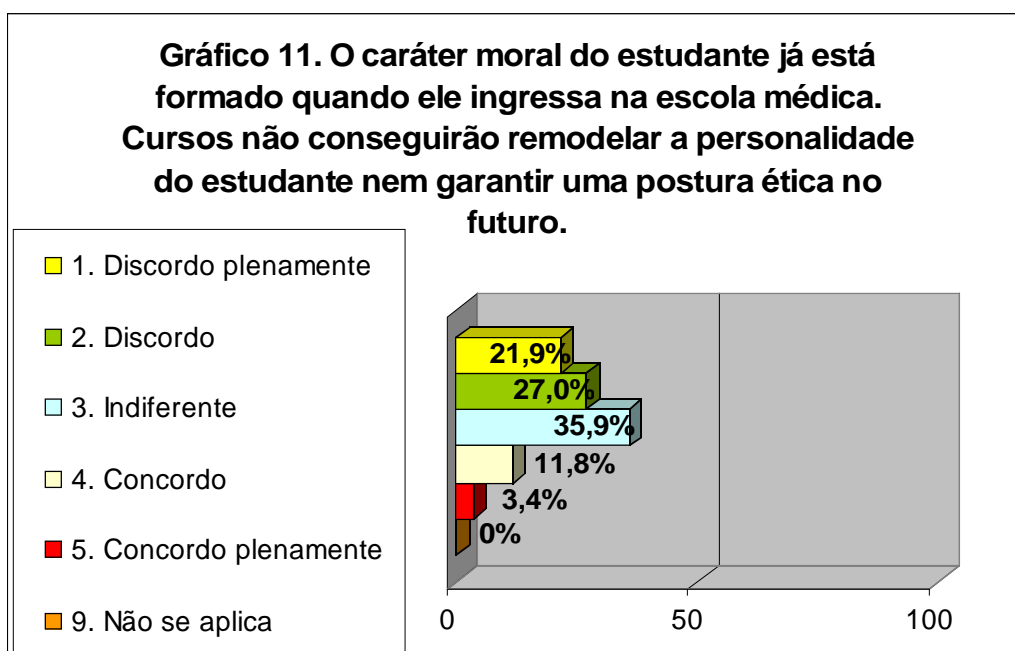
Um total de 101 indivíduos (42,6%) concorda que maior espaço para cursos de Ética no currículo poderia contribuir para esta formação (Gráfico 10).



Em relação a esta assertiva, vale salientar que muitos dos que assinalaram as alternativas 1, 2 e 3 (e que, portanto, não estão de acordo com esta afirmação) fizeram questão de sublinhar a palavra “somente” no enunciado. Isto pode significar que, embora estes participantes creiam que cursos formais de ética possam ajudar na formação em questão, não será apenas através deles que se conseguirá promover o desenvolvimento moral do estudante de Medicina.

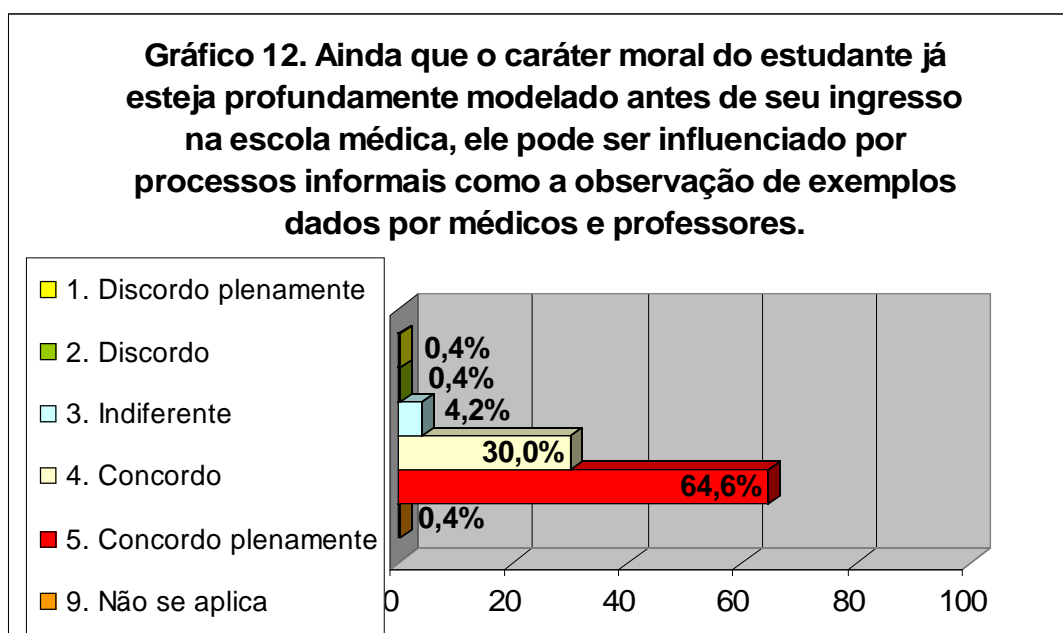
A distribuição das respostas a esta assertiva corrobora o debate encontrado na literatura. Enquanto alguns autores (SHORR et al., 1994 ; JONSEN, 1989) questionam fortemente a eficácia de cursos formais de ética na promoção do desenvolvimento moral do estudante de Medicina, outros (BARNARD, 1988; PENN, apud REST e NARVÁEZ, 1994) atribuem importância inequívoca a estes cursos, no sentido de fornecer ferramentas para uma deliberação ética por parte do estudante. Ao ser apresentado aos fundamentos filosóficos da moral, tomar conhecimento dos princípios gerais da Ética Médica e ter contato com os modelos de se pensar a Bioética, o estudante poderia desenvolver melhor o componente cognitivo do comportamento moral (sensibilidade e raciocínio moral). Em consequência, tornar-se-ia capaz de reconhecer com mais facilidade a existência de um problema ético, levantar a questão central do referido problema, encontrar as possíveis linhas de ação para solucioná-lo e escolher, entre tais possibilidades, aquela que lhe parecesse mais adequada.

Apenas 36 participantes (15,2%) estão de acordo com a assertiva segundo a qual o caráter do estudante já está formado quando ele entra na escola Médica e que pouca coisa poderia ser feita para melhorar esta formação (Gráfico 11).



Tais números evidenciam que a grande maioria dos sujeitos da pesquisa acredita que a escola médica pode fazer algo para ajudar no desenvolvimento moral do estudante. O resultado está em acordo com a literatura, que demonstra com dados empíricos (ao menos no que se refere aos componentes cognitivos da conduta moral) que um dos maiores efeitos que o ensino superior pode exercer sobre os estudantes está na capacitação para o raciocínio moral (SPRINTHALL,1994).

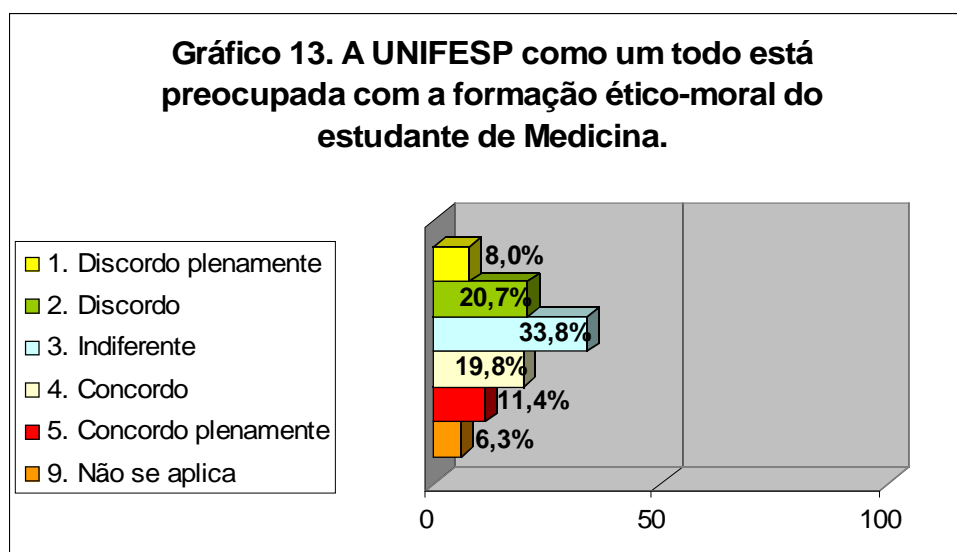
Para 224 indivíduos (94,6%) processos informais, como o exemplo dos professores, podem influenciar sobremaneira os estudantes (Gráfico 12).



De acordo com as respostas dadas a esta assertiva, os participantes, em sua grande maioria, parecem concordar com HAFFERTY e FRANKS (1994) e REGO (2001). Segundo estes autores, a influência na formação ético-moral do estudante de Medicina tem lugar, principalmente, através da observação, por parte dos alunos, da atuação de seus professores em atividades de ensino e assistência. Os profissionais que

exercem atividade de ensino são, geralmente, os primeiros médicos com quem os estudantes terão um contato mais estreito durante a atividade profissional (LARKIN,2003). Por este motivo, sua atuação acaba por influir decisivamente na apreensão, por parte do estudante, de valores inerentes à profissão médica. Este senso de profissionalismo é fundamental para que o estudante desenvolva o que REST (1994) denomina Motivação Moral (colocar valores inerentes à profissão, como a generosidade e a compreensão, acima de interesses pessoais ou institucionais).

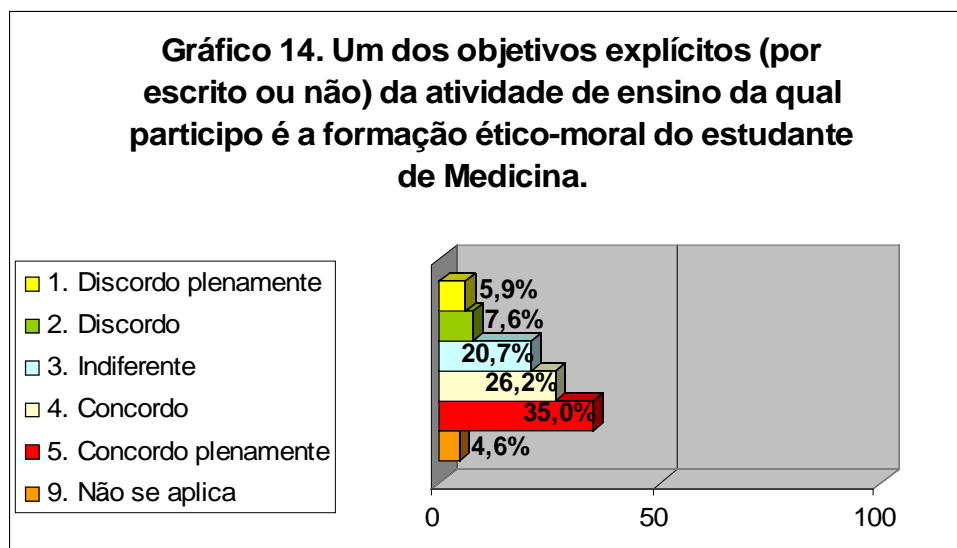
Entre os pesquisados, 148 (62,5%) não consideram que a UNIFESP como um todo está preocupada com a formação ético-moral do estudante de Medicina (Gráfico 13)



Ao não perceberem, por parte da UNIFESP, a devida atenção em relação à formação ético-moral, um número significativo dos pesquisados aponta para um fato preocupante, já que o envolvimento da instituição neste âmbito deve ser intenso e claramente perceptível para docentes e estudantes. De acordo com HUNDERT et al. (1996) o ambiente de ensino tem influência primordial na formação ético-moral do

estudante de Medicina. Assim, é função inerente à instituição de ensino superior, trabalhar para que este ambiente não dificulte (e, de preferência, facilite) condutas eticamente adequadas por parte de todos os envolvidos nas atividades de ensino e aprendizagem. É a partir de um posicionamento inequívoco da parte dos órgãos diretivos da instituição quanto à importância da formação em questão que as disciplinas e os profissionais ligados à formação médica na UNIFESP serão impelidos a realizarem um esforço contínuo e crescente para promover o desenvolvimento moral dos estudantes. Por isso, ainda que a instituição estivesse se esforçando neste sentido, a falta da percepção deste esforço por parte dos que exercem atividade docente é, por si só, motivo de preocupação.

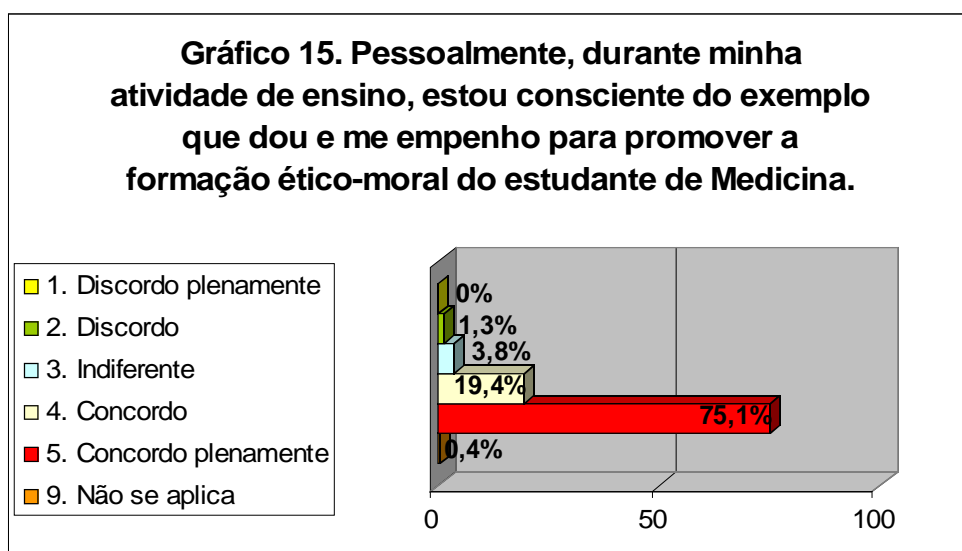
Já no que se refere à disciplina que lecionam, 145 participantes (61,2%) percebem esta preocupação sob a forma de um objetivo explícito do planejamento educacional (Gráfico 14).



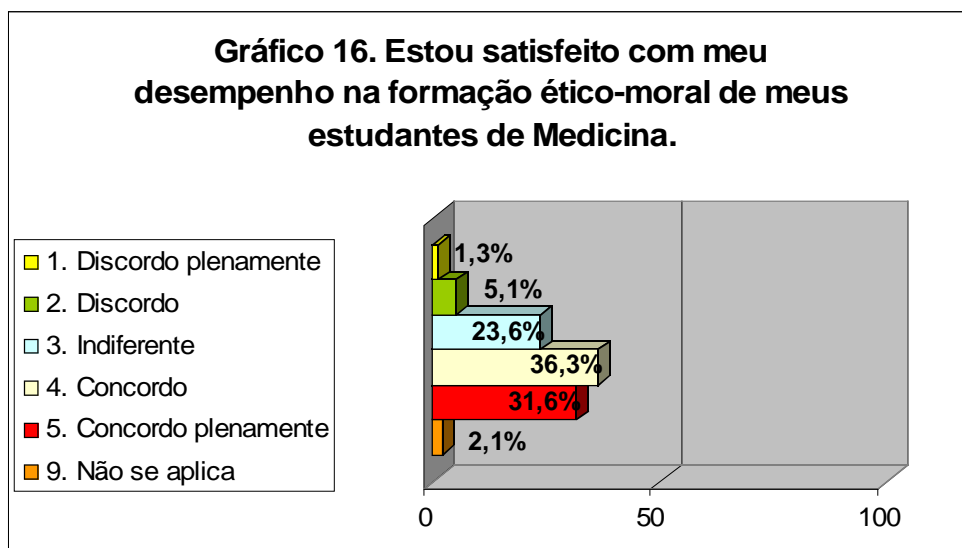
Embora os números acima sejam menos preocupantes que os da assertiva anterior, pode-se afirmar que eles ainda estão aquém do desejado. Assim como o

compromisso por parte da instituição deve ser forte e claro, as diferentes disciplinas e módulos de ensino devem explicitar em seus planos de ensino a ênfase a ser dada à formação ético-moral dos estudantes. Desta maneira os profissionais que exercem atividades de ensino estarão sendo sempre lembrados de sua importância para esta formação, sentindo-se impelidos a atuar para promover o desenvolvimento moral dos estudantes.

Quase todos os participantes (224 ou 94,5%) afirmam estar conscientes de seu papel pessoal na formação ético-moral do estudante de Medicina (Gráfico 15), sendo que 161 deles (67,9%) estão satisfeitos com seu desempenho neste sentido (Gráfico 16).







Os resultados apresentados, em relação à sensibilização para a formação ético-moral e à satisfação quanto ao desempenho neste sentido, devem ser analisados com cautela. O viés apontado em relação às respostas do Gráfico 9, serve como ressalva também neste caso: o fato de terem respondido voluntariamente ao questionário pode significar que os participantes tenham um maior grau de sensibilização e estejam mais satisfeitos com seu desempenho do que a média dos profissionais que exercem atividade de ensino na UNIFESP. De toda forma, é positivo o fato de que quase a totalidade dos pesquisados se declara consciente de seu papel como exemplo para a formação ético-moral dos estudantes, uma vez que esta consciência é o passo inicial para a reflexão sobre o assunto e para o esforço em melhorar seu próprio preparo a fim de contribuir com o desenvolvimento moral de seus alunos.

As respostas obtidas na primeira parte do questionário (importância da formação ético-moral e papel docente, assertivas 1 a 8) foram cruzadas com os dados pessoais (terceira parte do questionário, questões 15 a 22). O teste do Qui-Quadrado com nível de significância de 5% foi aplicado quando possível e os resultados estão apresentados nas tabelas do Anexo 3.

A única diferença estatisticamente significativa encontrada ( $p=0,037$ ) foi em relação aos residentes, que parecem não ver um compromisso explícito das disciplinas em que atuam com a promoção da formação ético-moral dos estudantes, em relação ao que percebem profissionais com outros vínculos institucionais (professores, pós-graduandos e profissionais contratados ou voluntários) - Tabela 1. Embora não tenha sido encontrada significância estatística, parece haver uma tendência crescente com o tempo de formado de não sentir um compromisso da instituição como um todo na promoção da formação ético-moral dos estudantes.

**Tabela 1 - Cruzamento entre a Questão 6 (Um dos objetivos explícitos, por escrito ou não, da atividade de ensino da qual participo é a promoção da formação ético-moral do estudante de Medicina) e a Questão 20 (Vínculo com a UNIFESP-EPM e/ou HSP).**

|                         | Q20               |              |              |              |               |              |           |              | Total |        |
|-------------------------|-------------------|--------------|--------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|-------|--------|
|                         | Prof. / visitante |              | Profissional |              | Pós graduando |              | Residente |              |       |        |
|                         | N                 | %            | N            | %            | N             | %            | N         | %            | N     | %      |
| Discordo plenam / disc. | 9                 | 12,3%        | 12           | 12,6%        | 8             | 25,8%        | 3         | 11,1%        | 32    | 14,2%  |
| Q6 Indiferente          | 14                | 19,2%        | 19           | 20,0%        | 4             | 12,9%        | <b>12</b> | <b>44,4%</b> | 49    | 21,7%  |
| Concord./conc.plenam.   | <b>50</b>         | <b>68,5%</b> | <b>64</b>    | <b>67,4%</b> | <b>19</b>     | <b>61,3%</b> | 12        | 44,4%        | 145   | 64,2%  |
| Total                   | 73                | 100,0%       | 95           | 100,0%       | 31            | 100,0%       | 27        | 100,0%       | 226   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p = 0,037$  \*).

Significante. A maioria dos residentes se mostrou indiferente à questão. Já os demais grupos estiveram mais associados à concordância.

Em geral, a atividade de ensino na qual participam os residentes é circunstancial. Com frequência, eles têm contato com os alunos em diferentes disciplinas. Um residente do primeiro ano da Clínica Médica, por exemplo, poderá interagir com estudantes no Pronto Socorro, na enfermaria da Cardiologia, no ambulatório da Endocrinologia ou na

UTI da Pneumologia. De uma forma geral, eles não participam nem do planejamento, nem de reuniões para a avaliação do curso. Ainda que saibam exatamente o papel que irão exercer durante a atividade de ensino com os estudantes, o fato de não estarem envolvidos nestes processos de planejamento e avaliação e de terem contato com os alunos em diferentes disciplinas pode explicar sua maior dificuldade em perceber um compromisso da disciplina em que estão atuando com a formação ético-moral do estudante de Medicina.

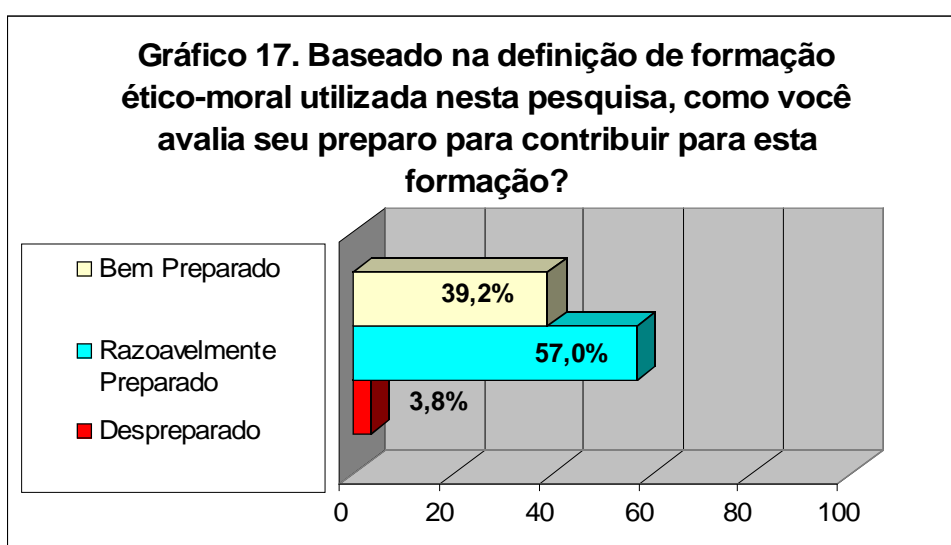
Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes com relação à importância da formação ético-moral e o papel docente no que se refere a faixa etária, gênero, formação no nível de graduação, tempo de formado, titulação acadêmica, vínculo institucional e momento do curso em que atua.

Um dos objetivos deste trabalho foi o de procurar por diferenças entre os vários grupos com relação à importância da formação ético-moral e ao papel docente. Procuramos reagrupar categorias para facilitar a análise estatística e, ainda assim, não encontramos diferenças consistentes. Tal fato pode, no entanto, não significar a inexistência de tais diferenças, mas, tão somente, que, considerando-se as características da amostra, não pudemos encontrá-las.

Não foram localizados na literatura especializada estudos que investigassem estas possíveis diferenças. Averiguar sua existência seria fundamental para que propostas operacionais diferenciadas pudessem ser feitas de acordo com as necessidades específicas de cada categoria profissional. Por isso, outros estudos com desenhos diferentes tornam-se relevantes para evidenciar informações mais detalhadas a este respeito.

## 2. RELATIVOS AO PREPARO DOCENTE.

Ao serem indagados acerca do próprio preparo, 135 participantes (57%) consideram-se razoavelmente preparados para ajudar na formação ético-moral dos estudantes, enquanto 93 (39,2%) se sentem bem preparados e apenas 9 (3,8%) se acham despreparados para esta função (Gráfico 17).

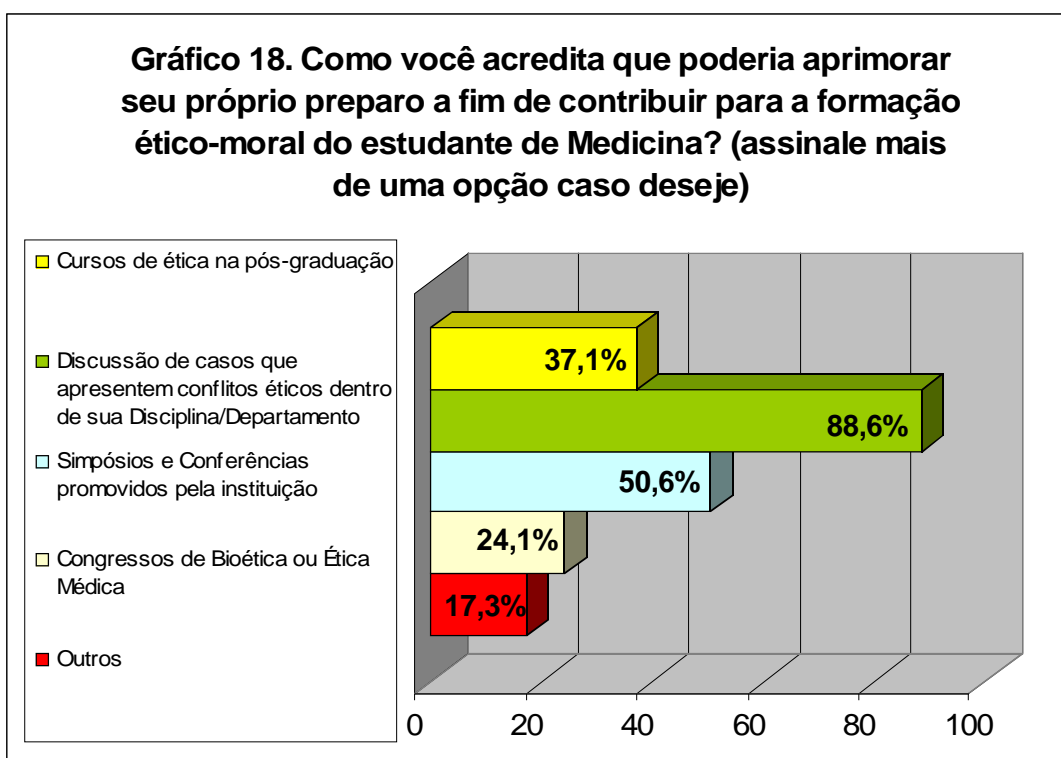


Os dados mostram-se coerentes com aqueles obtidos com relação à satisfação com o próprio desempenho, mas contrariam uma hipótese prévia do pesquisador e dados da literatura (ERDE,1997), segundo os quais profissionais que exercem atividade docente não se sentem preparados para atuar na formação ético-moral de seus estudantes. A explicação para este fato pode estar, mais uma vez, na ressalva feita anteriormente quanto à possibilidade de uma maior sensibilização em relação ao tema por parte dos sujeitos que aceitaram participar da pesquisa.

No contexto desta temática, vale salientar uma premissa da educação tradicional, segundo a qual todo professor é um professor de moral (PURPEL, apud NODDINGS,

2002). Esta assertiva pode ser analisada de duas formas: 1) todo professor **deve ser** um professor de moral; 2) todo professor **é**, queira ele ou não, professor de moral. Mesmo quando negam isso, professores sempre transmitem valores morais. Considerando-se que este componente da educação é inevitável, os professores devem estar preparados para esta responsabilidade (NODDINGS,2002).

Neste sentido, foram indagadas quais as estratégias sugeridas pelos docentes para melhorar seu preparo para esta tarefa. Duzentos e dez indivíduos (88,6%) apontam para a discussão de casos que apresentem conflitos éticos dentro de sua própria atividade, enquanto 120 participantes (50,6%) acham que simpósios e conferências promovidos pela instituição poderiam auxiliá-los (Gráfico 18).



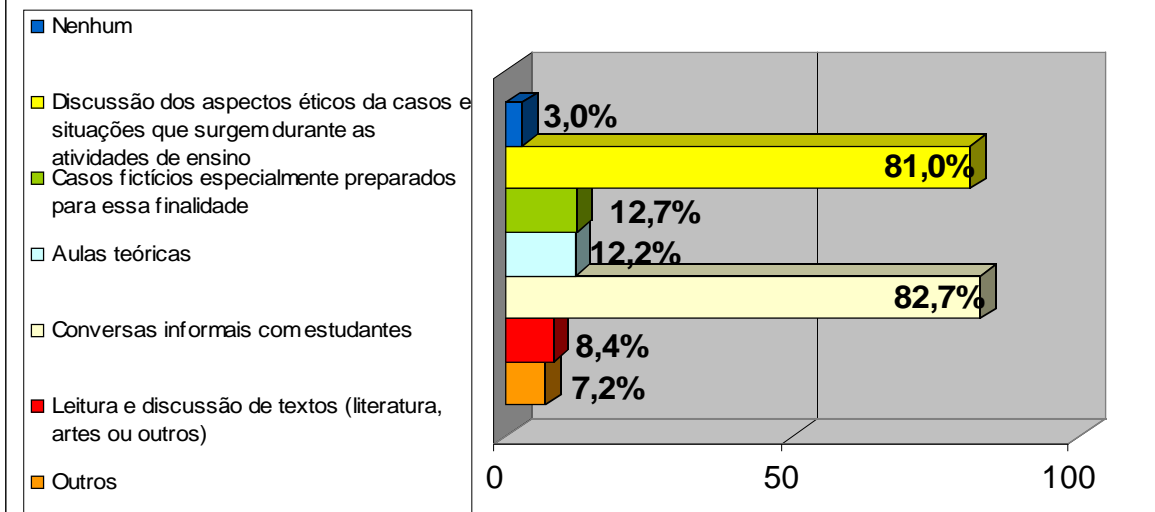
Dois pontos chamam a atenção nestas respostas. Primeiramente, a escolha de casos e situações de conflitos éticos dentro da área de atuação profissional como principal meio de desenvolver o preparo docente está em acordo com o que recomenda a literatura (MILES et al.,1989). A discussão de situações é uma forma significativa de

melhorar o preparo docente no sentido de ajudar na formação ético-moral dos estudantes, já que, durante tais discussões, o raciocínio moral dos professores estará sujeito a comentários e poderá ser confrontado com outros pontos de vista, bem como com textos da literatura especializada (ERDE,1997). Este embate de idéias é, sem dúvida, fator primordial para auxiliar no desenvolvimento moral do corpo docente e, por conseguinte, em seu preparo para discutir temas relacionados à Ética.

A estratégia assinalada, associada à escolha de simpósios e conferências promovidos pela Instituição (onde a troca de opiniões certamente ocorreria), como a segunda forma de aprimoramento considerada mais interessante pelos pesquisados, traz de volta uma preocupação expressa anteriormente: a falta de percepção, por parte dos docentes, de um empenho efetivo da UNIFESP como um todo em favor da formação ético-moral de seus estudantes de Medicina. As duas principais maneiras de aprimoramento apontadas pelos participantes exigem participação direta da instituição (na promoção de simpósios e conferências) ou das disciplinas em que lecionam (através da abertura de espaços privilegiados para a discussão de casos), num contexto em que os pesquisados não sentem em ambas, instituição e disciplinas, o devido compromisso com o assunto.

No que concerne às estratégias utilizadas para auxiliar na formação ético-moral dos estudantes, 196 participantes (82,7%) valorizam as conversas informais com estudantes, enquanto 192 (81%) promovem a discussão de aspectos éticos de casos que surgem durante a atividade de ensino (Gráfico 19).

**Gráfico 19. Em suas atividades de ensino, que tipo de recurso você utiliza para promover a formação ético-moral do estudante de Medicina (assinale mais de uma opção caso deseje).**

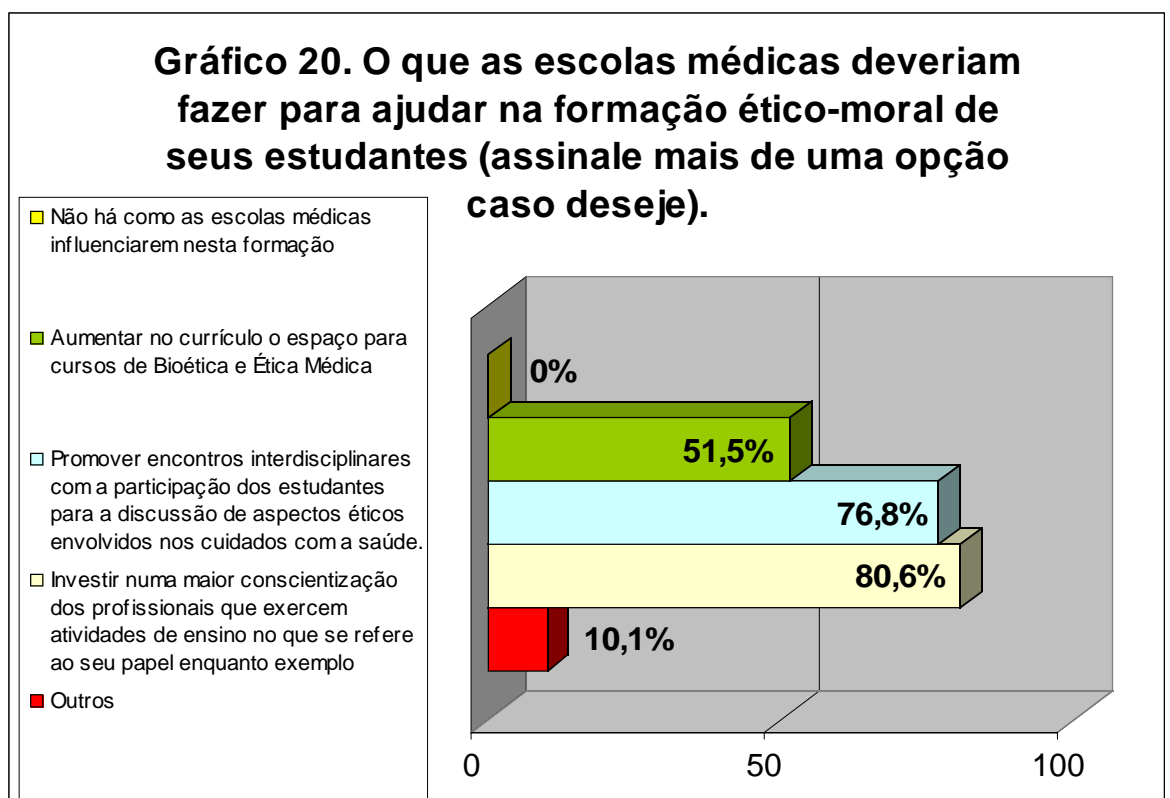


Também neste caso os resultados da pesquisa estão em acordo com o que encontramos na literatura. Para HAFFERTY e FRANKS (1994) e HUNDERT et al. (1996), processos informais (como conversas fora do momento de encontro formal entre estudante e professor) têm forte impacto sobre a formação ético-moral. Ainda que consideremos que conversações rotineiras e informais estejam no cerne da educação moral, vale perguntar que características tais conversas deveriam ter para que pudessem influenciar os estudantes. Segundo NODDINGS (2002), durante tais encontros, o professor deve demonstrar: 1) que tem consideração acerca dos efeitos de seus atos sobre os outros, preocupando-se com o sofrimento alheio; e 2) que tem prazer em participar da atividade de ensino, deixando claro, assim, que o aluno importa para ele. Quando alunos entram numa conversação com professores que os respeitam e que mostram gosto pelo que fazem, estarão mais abertos às influências de tais docentes.

Quanto às discussões de aspectos éticos de situações que surgem durante a atividade de ensino (também assinalado como importante recurso para ajudar no

desenvolvimento moral dos estudantes), certamente propiciam uma aprendizagem mais significativa, uma vez que tratam de problemas reais, cuja resolução é fundamental para a atividade profissional imediata (BRICKEL,1996). A falta de oportunidades para estas discussões pode levar o estudante de Medicina a uma estagnação do comportamento moral (BAMBAS e SMITH,2000).

Quando questionados sobre o que as escolas médicas poderiam fazer para ajudar nesta formação, 191 indivíduos (80,6%) apostam numa maior conscientização do corpo docente no que se refere a seu papel como exemplo. Para 182 participantes (76,8%) a instituição deveria promover encontros interdisciplinares com a participação de estudantes para a discussão de aspectos éticos e para 122 deles (51,5%) há necessidade de mais espaço no currículo para cursos de Bioética e Ética Médica (Gráfico 20).



É interessante notar que todos os pesquisados, sem exceção, acreditam que a escola médica pode fazer algo para colaborar na formação ético-moral de seus



estudantes. Mais uma vez a participação institucional é requerida, no sentido de ampliar o espaço para cursos formais de ética (dado coerente com o Gráfico 10), de promover encontros interdisciplinares e de conscientizar os professores quanto ao papel fundamental que têm para a formação em questão.

Um estudo empírico conduzido por SILVA et al. (2005) demonstrou um aumento significativo na sensibilidade moral de estudantes de Medicina numa importante escola médica da cidade de São Paulo. Os autores sugerem que o compromisso inequívoco da instituição em relação à importância deste tipo de formação é o fator principal para tal efeito (que contraria vários estudos conduzidos com a mesma metodologia na América do Norte).

### **3. RELATIVOS ÀS SITUAÇÕES DE CONFLITOS ÉTICOS MAIS RELEVANTES.**

A **questão 13** solicitou aos participantes da pesquisa que citassem, dentro da sua área de atuação, até três situações de conflitos éticos que eles identificassem como mais importantes para uma discussão com os futuros médicos. Os resultados, categorizados por temas, são apresentados a seguir, de acordo com uma Análise de Conteúdos descrita por FRANCO (2003):

- **Prática médica (85 citações)**
  - Propaganda, publicidade, marketing, divulgação (9)
  - Erro médico (8)
  - Realização de procedimentos sem explicação adequada ao paciente (8)
  - Uso de terapias de eficácia não comprovada (8)
  - Respeito às crenças dos pacientes / Procedimentos em Testemunhas de Jeová (8)
  - Responsabilidade médica (7)
  - Realização/indicação de exames desnecessários /caros (5)

Desvios da prática médica/ má prática (4)  
Não reconhecimento de direitos do paciente (3)  
Complicações cirúrgicas (3)  
Aplicação de “guide lines” (2)  
Atendimento de urgência /ambiente PS (2)  
Não assumir eventuais erros  
Tratamento compulsório  
Uso de drogas lícitas e ilícitas durante o trabalho  
Não observância do código profissional  
Consentimento esclarecido inadequado para anestesia  
Anestesia local sem sedação  
Baixo senso crítico  
Desrespeito à privacidade do paciente  
Autoreferência de competência  
Transferência de responsabilidade do médico para a instituição  
Prescrições inadequadas  
Perícia médica  
Displicência com educação continuada  
Amputação de membros  
Prevenção de DST  
Prevenção de gravidez  
Tratamento endovascular X cirurgia de aneurisma  
Estudo radiológico em pacientes grávidas

- **Relação médico-paciente (64 citações)**

Relação Médico-Paciente (24)  
Paciente como ser bio-psico-social, paciente como um todo (8)  
Maneira de se comunicar e orientar pacientes (6)  
Falta de atenção /cuidado com paciente (4)  
Comportamento / Postura frente ao paciente (3)  
Respeito ao doente (3)  
Desqualificação da queixa /Baixa tolerância com o sofrimento do doente (3)  
Uso de sistemas de comunicação (e-mail, chat) entre médico e paciente (2)  
Aderência / Responsabilidade do paciente no tratamento (2)

Atitude arrogante do médico (2)

Internação involuntária

Parceiros discordantes para a infecção pelo HIV (uso de preservativos)

Simulador X Doente psiquiátrico

Como abordar sexualidade

Atendimento a menor de idade

Falta de relacionamento afetivo com paciente

Absorver a agressividade do paciente sem ser agressivo

- **Relacionamento entre médicos (55 citações)**

Julgar/criticar colega (18)

Relação com colegas (13)

Divergência de conduta entre médicos (6)

Relação com outras especialidades (4)

Competitividade/concorrência improdutiva (2)

Preconceito entre médicos por hierarquia (2)

Emitir segunda opinião (2)

Pós-operatório de outro colega

Desunião da classe médica

Corporativismo

Lealdade com colegas

Exames complementares negados por médicos que deveriam fazê-lo

Atuação fora da especialidade

Encaminhamento de paciente entre profissionais

Atraso do colega para chegar ao plantão

- **Fim da Vida (46 citações)**

Pacientes com prognóstico reservado (doente terminal) (20)

Eutanásia/Distanásia (14)

Reanimação / Não Reanimação(7)

Aspectos morais e conceito de morte encefálica (3)

Cuidados paliativos (2)

- **Condições de trabalho (28 citações)**

Falta de recursos para atendimento de qualidade (7)

Demanda excessiva / Tempo escasso(5)

Privacidade no local de atendimento (4)

Aceitação de condições impróprias de trabalho (3)

Saturação do mercado de trabalho (2)

Falta de material adequado para procedimentos (2)

Melhora das condições de trabalho (2)

Distância entre o desejável e o possível

Organização dos serviços de assistência médica

Respeito pela instituição

- **Ensino médico (26 citações)**

Discussão de caso em frente ao doente (5)

Priorizar o ensino em detrimento do paciente (2)

Alunos assumindo postura de médico responsável pelo paciente (2)

Relação professor-professor (2)

Uso de animais no ensino (2)

Estímulo á docência

Pontualidade

Postura do professor frente ao paciente

Postura do estudante frente ao paciente

Distância do estudante em relação á realidade sócio-econômica dos pacientes

Falta de interesse e empenho do estudante na resolução de situações problemáticas

Desrespeito à hierarquia universitária

Vestimenta inadequada dos alunos (postura mais séria)

Relação aluno-aluno

Professores que proferem uma coisa e fazem outra

Docentes que não ensinam o que sabem para serem sempre necessários

Abertura indiscriminada de escolas médicas

Comércio de órgãos e cadáveres na anatomia

- **Interesse financeiro (23 citações)**

Indicação de procedimentos cirúrgicos desnecessários para ganho pessoal (7)  
Ganância/ ambição de muitos médicos (5)  
Cobrança de honorários apropriados (2)  
Priorizar o paciente em detrimento do retorno financeiro (2)  
Recebimento de participações financeiras pela utilização de certas próteses  
Confusão entre sucesso profissional e enriquecimento  
Mercantilismo na saúde  
Cobrança indevida por procedimentos  
Exposição de paciente para promoção pessoal  
Conflito de interesse com empresas privadas  
Não seguir especialidade da “moda”

- **Documentos médicos (20 citações)**

Atestados (5)  
Preenchimento de prontuário (4)  
Relatórios médicos (2)  
Sigilo de prontuário (papel e eletrônico) (2)  
Fidelidade no arquivamento de dados clínicos (2)  
Legibilidade de receituário, prontuário e pedido de exame (2)  
Pareceres médicos  
Acesso a prontuários eletrônicos de pacientes  
Procedimentos e relatórios

- **Relação médico-familiares (18 citações)**

Postura/relacionamento frente à família (8)  
Discutir diagnóstico com familiares (3)  
Explicação ao responsável, pais (3)  
Famílias que recusam tratamento de crianças (2)  
Autopsia e familiares  
Percepção de condições familiares

- **Pesquisa (17 citações)**

Pesquisa clínica com humanos (7)

Pesquisa X Atendimento: ambulatório apenas para sujeitos de pesquisa (4)

Pesquisa com animais (3)

Influência da indústria farmacêutica em pesquisas clínicas

Divulgação de resultados negativos de pesquisas clínicas

Erros na obtenção do Termo de Consentimento

- **Acesso aos cuidados com a saúde (17 citações)**

Acesso aos serviços de saúde (5)

SUS (5)

Diferença do tratamento dado pelos médicos pra pacientes ricos e pobres (2)

Relação médico-sociedade

Ação judicial para medicamentos de alto custo

Inclusão social de pacientes com deficiências específicas

Fila para procedimentos

Retornos prolongados

- **Sigilo profissional (17 citações)**

Quebra do sigredo profissional (12)

Notificação de casos de violência (2)

Maus tratos em crianças (2)

Notificação de DST ao parceiro

- **Pacientes com doenças crônicas ou muito graves (17 citações)**

Fetos /RN com malformações graves (5)

Postura para dar noticias ruins (4)

Assistência a pacientes com doenças degenerativas sem cura (2)

Esclarecimento de doenças malignas com o paciente (2)

Idosos com falência de múltiplos órgãos

Genitália ambígua

Cirurgia intra-útero

Tumor e gravidez

- **Abortamento (16 citações)**

Abortamento em geral (13)

Interrupção de gestação de mal-formados (3)

- **Relação com outros profissionais da saúde (13 citações)**
  - Relação entre profissionais (9)
  - Respeito à equipe multidisciplinar (2)
  - Falta de preparo de auxiliares e enfermagem
    - Técnicos de RX que não atendem a chamados de urgência
  
- **Baixa remuneração (13 citações)**
  - Aceitar trabalhar com baixa remuneração (6)
  - Remuneração justa (3)
  - Tabela de honorários (2)
  - Médicos com vários empregos
  - Proletarização do médico
  
- **Reprodução humana (12 citações)**
  - Descarte de embriões criopreservados (4)
  - Doação de gametas humanos (2)
  - Criopreservação de gametas (2)
  - Reprodução pós-morte
  - Laqueadura
  - Transferência de embriões
  - Cessão temporária de útero
  
- **Relação com a indústria farmacêutica (11 citações)**
  - Relação com laboratórios farmacêuticos (5)
  - Prescrição de medicações (3)
  - Utilização de medicação por indicação de laboratório (2)
  - Farmácias de manipulação
  
- **Biotecnologia (10 citações)**
  - Manipulação de embriões (4)
  - Organismos Geneticamente Modificados (3)
  - Diagnóstico pré-natal (2)
  - Formação de banco de tumores



- **Aconselhamento Genético (9 citações)**
  - Aconselhamento genético (6)
  - Exames preditivos de doenças genéticas (2)
  - Prognóstico de doenças genéticas
  
- **Paciente sem recursos (7 citações)**
  - Pacientes sem recursos (3)
  - Não integrar a doença com o contexto social (2)
  - Custo/Benefício do tratamento
  - Conflito entre prescrição ideal e disponibilidade de recursos para tratamento
  
- **Transplantes (6 citações)**
  - Transplantes (3)
  - Doação de órgãos (2)
  - Lista de transplante
  
- **Discriminação (4 citações)**
  - Discriminação no atendimento do Pronto-Socorro
  - Adoção de crianças (exames preventivos)
  - Identidade de gênero
  - Preconceito
  
- **Procedimentos estéticos (2 citações)**
  - Cirurgia plástica estética
  - Insistência de paciente para procedimentos estéticos
  
- **Meio ambiente (1 citação)**
  - Meio ambiente e saúde

Muitas das categorias acima apresentadas referem-se a temas tradicionalmente abordados pela Bioética e, especialmente, pela Ética Médica. Neste sentido, é interessante uma comparação com os dados apresentados por MUÑOZ e MUÑOZ

(2003) acerca dos principais temas abordados pela disciplina responsável pelo ensino formal de ética na graduação em todas as escolas médicas do país. Todas as categorias construídas a partir das respostas dos pesquisados estão contempladas no levantamento feito por aqueles autores, exceto uma: meio ambiente. Seria interessante que este tema, sem dúvida um dos mais importantes da Bioética, fosse introduzido nos cursos formais.

Por outro lado, 4 dos 15 temas mais discutidos em cursos formais de ética nas escolas médicas brasileiras não foram mencionados por nossos pesquisados: 1) Exercício lícito e ilícito da Medicina; 2) Princípios da Bioética; 3) Comissões de Ética e Conselhos de Medicina; e 4) Bases filosóficas da Moral. Podemos admitir que dois destes temas (“Princípios da Bioética” e “Bases filosóficas da Moral”) sejam vistos pelos pesquisados como demasiadamente teóricos, sendo, por isso, mais indicados para discussão em cursos formais de ética. Isto estaria em acordo com o que encontramos na literatura acerca dos cursos de ética que, segundo PENN, apud REST e NARVÁEZ (1994), devem apresentar ao estudante conceitos filosóficos críticos para o exercício da Medicina baseado em princípios éticos, ajudando assim a desenvolver o componente cognitivo (sensibilidade e raciocínio) da conduta moral. Os outros dois temas (“Exercício lícito e ilícito” e “Comissões de Ética e Conselhos de Medicina”) talvez sejam vistos como estritamente ligados à esfera legal e pouco adequados para a discussão prática (o que seria um profundo equívoco, especialmente no que se refere às atribuições das Comissões de Ética Hospitalar e ao funcionamento dos Conselhos Regionais e Federal de Medicina).

Um segundo ponto a ser discutido em relação aos resultados da questão 13 é o da menção feita a situações relativas às condições de trabalho do médico. Se tomadas em conjunto, as categorias temáticas “condições de trabalho” e “baixa remuneração” somam 41 citações, o que as colocaria muito próximas às categorias mais citadas pelos

pesquisados. Como comentado no capítulo 3 do Referencial Teórico, as causas para a chamada desumanização da Medicina podem ser encontradas não apenas na formação médica (objeto desta pesquisa), mas também no declínio da filosofia humanista na sociedade contemporânea e em fatores inerentes ao mercado de trabalho na área da saúde.

A ênfase dada a este tema pelos participantes da pesquisa revela, antes de tudo, certa angústia com um ambiente de trabalho inapropriado para sua atividade profissional e com uma remuneração injusta para a responsabilidade que têm os médicos. Tal angústia é, sem dúvida, justificável. Entretanto, o destaque dado às condições de trabalho como problema a ser discutido com os futuros médicos pode significar também um alerta dos pesquisados quanto a possíveis “desculpas” em relação a práticas eticamente reprováveis. Ou, ainda, uma possível justificativa dada pelos pesquisados em relação à crítica de uma Medicina desumanizada. Segundo BANDURA et al. (1996), um dos meios mais utilizados para o “desengajamento moral” (isto é, a transformação de atos francamente danosos em atos moralmente justificáveis) é exatamente o expediente de atribuir culpa às circunstâncias. Assim, o médico poderia estar tentado a justificar certos comportamentos eticamente inadequados através de condições de trabalho e remuneração inapropriadas.

Contudo, o objetivo de discutir este tema com estudantes de Medicina não deve ser o de fornecer-lhes desculpas antecipadas para eventuais deslizes éticos, mas, antes, o de abrir-lhes os olhos para fatores que podem limitar sua futura atuação profissional (e contra os quais não só os médicos, como também toda a sociedade, devem lutar), mas que não são impeditivos para um atendimento digno por parte do profissional. Chamar o paciente pelo nome, cumprimentá-lo com um “bom dia” ou um aperto de mãos e olhá-lo

nos olhos não toma tanto tempo e nem depende de recursos materiais adequados no ambiente de trabalho.

Se, por um lado, a menção freqüente das condições de trabalho pode deixar transparecer um certo corporativismo por parte dos pesquisados (lembrando que 86,7% deles são médicos), por outro lado, os participantes não hesitaram em apontar interesses financeiros escusos por parte dos médicos (23 citações) como problema ético a ser discutido com os estudantes.

Gostaríamos de salientar, ainda, o aparecimento de uma categoria que não é encontrada amiúde entre os temas discutidos pela Bioética e a Ética Médica: o próprio ensino médico (26 citações). Este é um tema que vem sendo crescentemente discutido no mundo inteiro e, em particular, no Brasil, sendo objeto de congressos e encontros científicos patrocinados por diversas instituições, destacando-se a ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica) e os Conselhos Regionais de Medicina.

Os relacionamentos professor-paciente-aluno, professor-aluno, professor-professor e aluno-aluno foram mencionados como importantes tópicos a serem discutidos. Já foi anteriormente discutido que o ambiente onde se dá o processo de ensino / aprendizagem tem grande influência na conduta moral do estudante (BREDEMEIER e SHIELDS,1994) e que o engajamento docente pode tornar tal ambiente mais ou menos adequado para a opção por atos moralmente desejáveis. Assim, se, como atesta BRANCH Jr (2000), o desenvolvimento moral ocorre durante toda a vida, tanto os professores como os estudantes estarão vivenciando este mesmo processo. Com isso, a discussão entre professores e estudantes de aspectos relacionados ao ensino médico (como a discussão de casos em frente ao paciente e a priorização do ensino em detrimento das necessidades do paciente) pode ser uma fonte interessante para o desenvolvimento moral de ambos.

Por fim, cabe destacar que três sujeitos da pesquisa registraram uma mesma resposta para esta questão: “Área Básica: não se aplica”. Outros participantes que atuam na área básica não deram qualquer resposta. Será, então, que os professores das ciências básicas não têm como participar de discussões éticas com os estudantes de Medicina a fim de estimular o desenvolvimento moral dos futuros médicos? Para HAFFERTY e FRANKS (1994), tal afirmativa não encontra respaldo. Além da disciplina que ministram, professores da área básica trocam informações (explícitas ou subliminares) sobre a natureza da ciência e as ambigüidades do trabalho científico. Na medida em que a prática médica atual é fortemente centrada nos avanços da tecnociência, é imprescindível que os estudantes possam refletir acerca das diferentes concepções de ciência e de suas incertezas. Além disso, é sempre válido lembrar que, dentre um grupo de estudantes de Medicina, muitos se dedicarão à pesquisa, e que talvez não haja ninguém mais indicado para discutir a Ética em Pesquisa ou a Ética das Publicações Científicas do que os professores da área básica.

#### **4. RELATIVOS À CONCEPÇÃO DOCENTE ACERCA DA FORMAÇÃO ÉTICO-MORAL.**

No que diz respeito à **questão 14**, foi perguntado aos participantes no que consistiria, em sua opinião, a formação ético-moral do estudante de Medicina. Sempre de acordo com a Análise de Conteúdos assim como descrita por FRANCO (2003), podemos apresentar as respostas segundo as seguintes categorias temáticas:

- Forte componente de base familiar, que pode ser lapidado na Universidade.

De maneira geral, os participantes acreditam que a formação ético-moral do estudante de Medicina tem um forte componente de base familiar, mas que tal formação

pode ser lapidada na Universidade, principalmente através do exemplo dado pelos professores, mas também, em menor grau, por cursos formais de ética.

Tal visão é coerente com as respostas dos pesquisados às assertivas 2, 3 e 4 (Gráficos 10, 11 e 12). A importância do componente familiar na formação ético-moral é atestada pelo processo de Socialização Primária (REGO,2001), descrito no capítulo 4 do Referencial Teórico. No que se refere aos cursos formais de Ética, ainda que existam divergências na literatura (SHORR et al.,1994; JONSEN,1989), parece que podem influenciar de maneira significativa os componentes cognitivos (sensibilidade e raciocínio) da conduta moral, ao fornecer aos estudantes ferramentas para a deliberação ética (reconhecer sentimentos morais conflitantes, submeter tais sentimentos a uma reflexão racional e engajar-se em discussões éticas com colegas, especialistas e autoridades) (LIND, 2000).

Quanto ao papel do professor como exemplo, sua importância para a formação ético-moral pode ser evidenciada tanto no senso comum como na filosofia e na sociologia. Conforme discutido anteriormente, a psicologia pode conferir a principal fundamentação teórica para este efeito. De acordo com o “Modelo dos quatro componentes” de REST (1994), previamente considerado, o exemplo pode influenciar diretamente num dos componentes afetivos da conduta moral dos estudantes, a Motivação Moral. Os professores, mais comumente os médicos através dos quais os estudantes terão o primeiro contato com a profissão, serão modelos de profissionalismo ao priorizar valores inerentes à Medicina em relação a interesses pessoais ou institucionais (LARKIN,2003), fazendo-os sentir, assim, o “tom moral” da profissão.

Cabe aqui uma indagação: o que seria, de fato, este bom exemplo de profissionalismo? Em outras palavras, quais atributos devemos encontrar num professor a fim de que ele possa ser considerado um bom modelo para motivar moralmente o

estudante? WRIGHT et al.(1998), após realizarem uma pesquisa com o corpo docente de quatro hospitais universitários no Canadá e nos EUA, sugerem três características principais: 1) estar durante um tempo substancial disponível aos estudantes; 2) possuir, além de excelência clínica, habilidades didáticas; e 3) demonstrar uma atitude compreensiva durante o relacionamento com os pacientes. Além disso, durante a atividade de ensino, deve ser capaz de mudar sua atenção de maneira gentil e sensível daqueles que estão sendo alvo dos cuidados para aqueles a quem estão ensinando, exemplificando, assim, o “cuidado” da maneira mais completa possível (NODDINGS, 2002). Por fim, este professor não deve ser aquilo que ERDE (1997) chama de modelo silencioso, ou seja, passivo no que tange o ensino da Ética. Ao contrário, deve representar um modelo ativo, que articule com os estudantes as razões de suas escolhas e ações, expondo, inclusive, suas incertezas e explicitando que a sua é uma das decisões possíveis no contexto de uma sociedade pluralista.

- RESPEITO devido a colegas, a outros profissionais, a familiares e aos pacientes.

O substantivo “respeito” ou o verbo “respeitar” foram os termos mais freqüentemente encontrados nas respostas (48 dos 237 pesquisados). No entender dos participantes este respeito, componente fundamental da formação ético-moral, é devido a colegas, a outros profissionais, a familiares e, especialmente, aos pacientes.

Ainda que discutido desde as origens da filosofia na Grécia Antiga, o respeito pelas pessoas foi colocado no centro da teoria moral pelo filósofo alemão Immanuel Kant (1724-1804) e, a partir de então, tornou-se o eixo central do humanismo moderno e um dos pilares das sociedades democráticas liberais (DILLON,2006). Em seu livro “*Fundamentos da Metafísica dos Costumes*”, Kant propõe uma célebre lei moral, à qual devemos obedecer incondicionalmente (imperativo categórico): “*Age de maneira tal que trates a humanidade, tanto na tua pessoa como na de qualquer outro, sempre como*

*um fim e nunca apenas como um meio*” (PASCAL,1986,p.163). Para respeitarmos uma pessoa, para a tratarmos como um fim em si mesma, é preciso, antes de tudo, conhecê-la, atentar para suas particularidades e compreender seus objetivos. Este esforço para a compreensão, esta atenção redobrada, são justamente a demonstração de respeito a que todas as pessoas, incondicionalmente, fazem jus.

Segundo o DICIONÁRIO HOUAISS (2006), a palavra respeitar vem do latim ‘*respectare*’ que significa “tomar interesse em” ou “se ocupar de”. Assim, no contexto desta resposta, respeitar poderia significar que, ao se ocupar do outro (paciente, familiar, colega), o médico deveria tratá-lo com civilidade, reconhecê-lo em sua alteridade como pessoa autônoma e fazer justiça a esta condição, atuando num senso de cooperação com colegas e no sentido de ajudar os pacientes a consolidarem seus interesses legítimos.

- Ideal da profissão médica de buscar o bem-estar do paciente.

Os pesquisados enfatizaram o ideal da profissão médica de buscar o bem-estar do paciente antes de quaisquer outras considerações de natureza pessoal ou profissional. Tal intento ocorreria através de um acolhimento carinhoso e da demonstração de disponibilidade por parte do médico em relação a seu paciente. É realçada também a importância de ver o paciente como um todo e não apenas como um corpo onde se manifesta determinada doença.

Esta visão vai ao encontro daquilo que a literatura anglo-americana chama de profissionalismo e que REST (1994) descreve como Motivação Moral: colocar o zelo pelo bem-estar do paciente antes de quaisquer outras considerações. Encontramos também nesta categoria uma alusão ao paciente como um ser integral, realçando a importância de enxergá-lo num contexto mais amplo, ultrapassando o limite biológico, a fim de oferecer-lhe um cuidado mais humanizado.



- Exercício de virtudes.

Os sujeitos declararam que a demonstração desse respeito viria através do exercício de certas virtudes, tais como bondade, generosidade, paciência, discernimento, honestidade, compaixão e humildade (esta última, a mais citada pelos pesquisados). Tais características não seriam apenas instrumentais, mas deveriam ser internalizadas pelo estudante no desenvolvimento de sua personalidade. O bom senso também é apontado como fator importante na tentativa de situar o respeito pelos pacientes como um dos aspectos primordiais da formação ético-moral.

Considerado como pioneiro da discussão ética de maneira organizada, Aristóteles já fundava a moral no exercício das virtudes. Agir de maneira virtuosa nos orienta a tomar decisões prudentes na busca de uma vida boa (ARISTÓTELES, 1985). Tal recomendação é válida para a vida sócio-política como um todo, incluindo, claro, a vida profissional. A ética baseada nas virtudes pode ser vista também como fonte do conceito de Humanismo assim como é expresso por MARAÑON (1969) e que utilizamos como base de nossa definição de formação ético-moral (uma formação baseada em virtudes como a tolerância, a generosidade e a compreensão). Por isso, podemos concluir que, ao menos em parte, os participantes estão de acordo com a concepção utilizada nesta pesquisa, baseada no exercício de virtudes.

Chama a atenção, ainda, o fato de a humildade ser a virtude mais citada pelos participantes da pesquisa. Os médicos, em geral, são pessoas que têm orgulho de si mesmas. Com frequência, destacam-se desde o início da vida escolar e sentem-se exultantes por terem saído vencedores de uma dura disputa nos exames vestibulares para o curso de Medicina. Associando a isto a sensação de poder advinda do conhecimento dos meandros do corpo e da saúde das pessoas e do ser procurado para ajudá-las num momento de fragilidade, poderemos compreender um pouco melhor esta

aura de orgulho (e muitas vezes de arrogância) que cerca os médicos em geral. Ora, a humildade é justamente a antítese do comportamento arrogante exibido por muitos médicos. Para COMTE-SPONVILLE (1995), a humildade é uma espécie de lucidez, *“uma consciência extrema dos limites de qualquer virtude, e de si.(...) Não é ignorância do que somos, mas, ao contrário,(...) reconhecimento do que não somos”* (p.153). Por isso a humildade é, além de virtude, sabedoria: conhecer nossos limites e perceber a dignidade de outros seres sociais (especialmente pacientes e outros profissionais) é condição para uma prática profissional mais eficiente e agradável. E, sem dúvida, uma virtude central na formação ético-moral do estudante de Medicina.

- Capacidade de comunicação (Médico-Educador);

Outro aspecto bastante mencionado como constituinte da formação ético-moral é a capacitação para a comunicação. O médico deveria ser preparado para exercer o papel de educador, esclarecendo seus pacientes na compreensão dos cuidados com a saúde através de uma linguagem apropriada para as diferentes situações, estando consciente do poder que tem para influenciar as pessoas em decisões fundamentais para seu bem-estar.

Um dos princípios fundamentais da Ética Biomédica é o respeito à autonomia dos pacientes (BEAUCHAMP e CHILDRESS, 2001). Durante a segunda metade do século passado, os médicos foram progressivamente deixando de assumir uma postura paternalista em relação aos doentes, passando a conferir um peso cada vez maior às opiniões destes nos cuidados com sua própria saúde. Esta mudança de postura é, sem dúvida, muito positiva, mas ainda insuficiente. Para assegurar ao paciente a possibilidade de decidir sobre o próprio destino, os médicos devem não apenas **respeitar**, como também **promover** a autonomia de seus pacientes. Isto pode ser feito através de explicações tão detalhadas e pacientes quanto forem necessárias para a compreensão do problema de saúde pelo qual passa determinada pessoa. Os médicos

podem ser considerados, em muitas comunidades, como os “embaixadores da ciência”, por serem chamados a traduzir os dados complexos da biologia numa linguagem entendida pelas pessoas (CUSHING,1996). Daí a importância do médico saber comunicar-se com qualquer paciente, independentemente de sua cultura e capacidade de compreensão imediata.

- Responsabilidade Social

É realçado também como componente da formação ético-moral o senso de responsabilidade social do médico. Isto se daria, entre outras coisas, através de uma visão crítica da realidade em que vivemos e do reconhecimento de que a atividade médica é freqüentemente exercida em situações onde os recursos públicos são escassos. O médico com uma formação ético-moral adequada deve ser, antes de tudo, um cidadão responsável dentro de sua comunidade.

Não há dúvidas que uma visão crítica da realidade permitirá ao médico atuar de maneira mais responsável na sociedade em que se insere. Cabe perguntar, entretanto, como poderíamos aguçar este senso de responsabilidade social nos estudantes universitários em geral e nos futuros médicos em particular. Seria preciso, inicialmente, que os estudantes percebessem o quão privilegiados são por terem a oportunidade de cursar o ensino superior em nosso país, onde parcela ínfima da população tem acesso à universidade. Independentemente da história de vida de cada um, o fato de terem alcançado o ensino superior os torna, ao mesmo tempo, vencedores e responsáveis pelo desenvolvimento do país. Queiram eles ou não, passam a fazer parte de uma elite intelectual, de um grupo formador de opinião.

Para RIBEIRO (2001) a melhor maneira de inculcar nos estudantes a sensibilidade social é através da educação humanística: todo estudante universitário deveria carregar consigo sólidos conhecimentos de história, filosofia e literatura para sua área de atuação

profissional, qualquer que seja ela. Tal formação poderia conferir ao estudante uma maior flexibilidade mental, capacitando-o a transitar entre as diferentes esferas das relações sociais. Uma maior valorização das Humanidades no currículo formal seria uma possibilidade para incrementar a formação humanística dos estudantes universitários.

É interessante notar também uma observação de COULEHAN et al. (2003). Para estes autores, mesmo nos espaços já existentes para as Humanidades no currículo médico (em especial cursos de Bioética ou discussões de casos que apresentem conflitos morais), as discussões contemplam muito mais os problemas que ocorrem à beira do leito do que as questões sociais. Entre os quatro conhecidos princípios da Ética Biomédica (BEAUCHAMP e CHILDRESS,2001), a beneficência, a não-maleficência e o respeito à autonomia são, amiúde, trazidos para o debate, enquanto o princípio da justiça acaba ficando relegado a segundo plano. Problemas como justiça distributiva, alocação de recursos e acesso aos cuidados com a saúde são encarados como estando além da área de atuação específica do médico. Os autores sugerem que o princípio da justiça tem pouca ou nenhuma influência no desenvolvimento da identidade profissional do estudante de Medicina, dando a impressão de que não existe um requerimento moral para que os médicos sejam socialmente engajados. Assim, a discussão de temas sociais como desemprego, pobreza e financiamento do sistema de saúde deveria ser estimulada para ajudar o estudante a ter uma melhor percepção da realidade em que irá trabalhar.

- Conhecimento do Código de Ética;

O conhecimento e a aderência ao Código de Ética Médica também são lembrados por diversos pesquisadores como fundamentais para a formação ético-moral.

O Código de Ética Médica elenca em 145 artigos normas de conduta moral que devem ser seguidas pelos médicos. Tais normas surgiram a partir de certos valores inerentes à profissão e seu conhecimento é o primeiro dever que se impõe a quem irá

praticar a Medicina (BASTOS Jr.,2003). Este conhecimento é, por certo, necessário, mas não pode ser considerado suficiente, por dois motivos. Inicialmente, porque durante o exercício da Medicina situações inusitadas podem ocorrer. Além disso, o próprio código deixa a critério do profissional a decisão sobre como agir em certos casos, como exemplifica o Artigo 59:

*“É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta ao mesmo possa provocar-lhe dano, devendo, neste caso, a comunicação ser feita ao seu responsável legal”.* (grifo nosso)

Caberá ao médico decidir se a comunicação do diagnóstico causará dano ao paciente. O mesmo ocorre no Artigo 102, que se refere ao sigilo médico, e que preconiza que o médico não pode revelar fato de que tenha conhecimento no exercício da profissão a não ser, entre outras possibilidades, por justa causa. Novamente, será o próprio médico, após uma reflexão ética, que determinará se há uma causa justa para a quebra do sigilo.

Tais exemplos deixam claro que o conhecimento e a aderência ao código de ética são importantes, porém não bastantes, para a resolução de certos conflitos morais que ocorrem amiúde na prática médica.

- Atualização Permanente.

O compromisso com a capacitação técnico-científica e, principalmente, com sua atualização permanente, é visto como parte integrante do respeito devido ao paciente, que parece estar no cerne do que os pesquisados entendem como formação ético-moral do estudante de Medicina.

Fica claro que a negligência com a formação técnico-científica é, em si mesma, uma falha do ponto de vista ético. Isso porque os pacientes esperam de seus médicos que sejam competentes para estabelecer diagnósticos e propor condutas ao menos razoáveis. Não corresponder a esta expectativa é sinal claro de desrespeito para com o paciente.

**CONSIDERAÇÕES  
FINAIS**

*“O verdadeiro filósofo ensina a virtude mais com o exemplo que com as palavras. Os homens não têm necessidade de preceitos para aprender a caminhar sobre a fatigante estrada que leva ao bem, mas de observar alguém que a percorre serenamente.”*

Diálogo na Academia de Platão (apud NICOLA, 2005, p. 64).

Não é de hoje que a atuação dos médicos desperta críticas na sociedade. Comentários mordazes de pessoas tão brilhantes como Aristófanes, Plauto, Petrarca, Molière e Nuno Marques Pereira, comprovam que o arquétipo do médico arrogante, que não sabe (ou não quer) comunicar-se adequadamente com seus pacientes e que está interessado, acima de tudo, em ganhar dinheiro, não surgiu no século XX. Tais médicos sempre existiram e, infelizmente, continuarão a existir. No entanto, cabe àqueles profissionais responsáveis pela formação dos estudantes de Medicina se esforçarem no sentido de entregar à sociedade médicos compreensivos e generosos que, da mesma maneira que os outros, sempre existiram e, felizmente, continuarão a existir.

O processo de desumanização percebido em relação à Medicina é, na realidade, reflexo de um certo descrédito da filosofia humanista por sociedades contemporâneas ocidentais. Isto pode ser evidenciado pela frequência com que nos deparamos com discussões acerca da ética na política, na economia, no jornalismo e nas empresas, dentre outros. Contudo, esta eclosão das éticas aplicadas (inclusive da Bioética) nos mais diversos meios de comunicação pode ser encarada, também, como um sinal de que estas mesmas sociedades não estão de braços cruzados em relação a tais problemas. A partir dos pressupostos da interdisciplinaridade e do respeito à pluralidade de opiniões, cremos que seja possível um encaminhamento satisfatório dos conflitos éticos apresentados pela pós-modernidade.

Os dados obtidos pela presente pesquisa permitem afirmar que, de uma forma geral, formadores de médicos da UNIFESP acreditam que a formação ético-moral é



fundamental para a futura prática profissional e que a Universidade tem um papel marcante na promoção do desenvolvimento moral dos estudantes de Medicina. Segundo os pesquisados, os cursos formais de ética têm importância secundária a processos informais – particularmente o exemplo dos professores em suas atividades cotidianas junto aos alunos – na formação ético-moral, sendo que os que responderam ao questionário estão relativamente satisfeitos com seu desempenho neste sentido. Consideram ainda que as condições de trabalho inadequadas e a baixa remuneração são alguns dos fatores que decisivamente dificultam a performance ética dos médicos.

Acreditamos que a escola médica influencia o desenvolvimento moral de seus estudantes. Tal percepção encontra respaldo na literatura especializada e reflete igualmente nossa vivência pessoal. O ingresso no ensino superior já é uma experiência marcante, pois representa uma mudança considerável no que diz respeito à liberdade e à responsabilidade com a própria educação. Esta inter-relação estreita entre liberdade e responsabilidade é, sem dúvida, fonte de estímulo para o desenvolvimento moral. Observamos que é nesta fase que muitos jovens passam pelo primeiro afastamento prolongado de suas famílias, não raro mudando de cidade ou de região. Distantes da família, tradicionalmente considerada o principal alicerce da formação moral, os estudantes tornam-se muito mais suscetíveis às influências de um outro meio social: novos amigos, nova cidade, novo estilo de vida. Tais influências serão sentidas, em maior ou menor grau, por todos os estudantes, tendo reflexo, inclusive, em seu desenvolvimento moral.

Qualquer pessoa que tenha cursado a graduação em Medicina conhece intimamente o profundo impacto em suas vidas – inclusive sob o aspecto ético-moral – dos seis anos de estudos em período integral (acrescidos de atividades extracurriculares e de plantões durante o curso). Com frequência passamos mais tempo na universidade que

em qualquer outro lugar e os relacionamentos ali iniciados tendem a ocupar um espaço considerável em nossas vidas. Todo este processo de socialização tem um profundo impacto no desenvolvimento moral dos estudantes. Por isso tudo, não temos dúvida que o ambiente universitário é capaz de influir decisivamente na formação ético-moral de adultos jovens.

É preciso, portanto, que a universidade não apenas reconheça esta missão de promover o desenvolvimento moral de seus alunos, como também se prepare consciente e explicitamente para fazê-lo da melhor maneira possível. Neste sentido, a falta de percepção por parte dos pesquisados de um compromisso efetivo da UNIFESP com a formação ético-moral dos estudantes representa um dos resultados centrais nesta pesquisa. Quando questionados acerca do que poderia ser feito, não apenas para promover o desenvolvimento moral dos alunos, como também para melhorar seu próprio preparo, os pesquisados sugerem, predominantemente, estratégias que implicam o envolvimento direto da instituição como um todo ou de cada disciplina em particular. Mesmo levando em conta o possível viés da participação voluntária no estudo de sujeitos mais sensibilizados pelo tema, tais achados são um sinal inequívoco para que a UNIFESP desencadeie de maneira mais intensa e explícita uma reflexão coletiva voltada para o fomento da formação em questão.

Este compromisso institucional com a formação ético-moral poderia ser expresso por estratégias que estimulem as discussões éticas ao longo de todo o curso, envolvendo o conjunto dos formadores (docentes, profissionais técnico-administrativos, residentes e pós-graduandos). A Ética deve ser considerada um tema transversal, que perpassa todos os momentos do curso, do 1º ao 6º ano, devendo estar integrada em todo o currículo formal (DAVIES, 2002). A função primordial da universidade, neste sentido, é a de nortear as iniciativas das disciplinas e dos módulos de ensino, no sentido da criação e da

valorização de espaços formais onde as discussões de aspectos éticos relacionados às ciências da saúde possam ocorrer.

Por outro lado, os cursos formais de Ética são alvos de restrições que se mostraram pertinentes neste estudo, quando os pesquisados opinam que os mesmos não são suficientes para garantir uma postura ética no futuro profissional. Mas, na verdade, será que algo pode nos dar esta garantia? A educação familiar, a formação humanística, o conhecimento dos princípios da Bioética e do Código de Ética Médica, as condições de trabalho e o exemplo mostrado pelos professores são fatores que atuam em conjunto para favorecer ou não a conduta moralmente correta. Nenhum destes fatores tomados isoladamente pode garantir o resultado desejado. O mesmo pode ser dito em relação aos cursos formais de Ética.

Contudo, a experiência tem mostrado que tais cursos, embora não sejam suficientes, têm o potencial de fornecer ferramentas para que o estudante possa realizar uma deliberação ética, através do aprimoramento da sensibilidade e do raciocínio moral, justificando com mais fundamentos suas decisões e questionando criticamente condutas que lhe pareçam impróprias.

Podemos assim, concluir que uma adequada formação ético-moral do estudante será fruto de uma gama de estratégias de ensino / aprendizagem, que deve ser trazida para o currículo formal do curso médico. Entretanto, no contexto dos componentes não totalmente planejáveis (ou previsíveis) do currículo, situa-se o papel central que exercem os formadores, por intermédio de seu exemplo na produção e discussão de conhecimentos científicos e na prática médica cotidiana.

Sem dúvida, o curso médico é rico em situações reais de conflitos éticos. A exploração dessas situações por professores devidamente sensibilizados e preparados, talvez possa ser considerada o “padrão ouro” para ajudar no desenvolvimento moral dos

alunos. A discussão deste tipo de situação prática (cuja resolução efetiva é uma exigência para a condução satisfatória de inúmeros casos), especialmente se realizada em pequenos grupos, é considerada ideal pela literatura especializada para promover uma aprendizagem significativa no âmbito da ética.

Contudo, estudos empíricos discutidos anteriormente detectaram uma estagnação (e até mesmo uma regressão) no raciocínio moral dos estudantes de Medicina durante a graduação, ao lado de uma homogeneização nos padrões adotados pelos alunos para a deliberação ética, quando estes raciocinam de maneira muito semelhante sobre os conflitos morais. Este é um sinal claro do profundo impacto que o processo de socialização profissional tem sobre os estudantes. É possível que o conjunto de formadores não esteja suficientemente sensibilizado para explorar em profundidade as inúmeras situações de conflitos éticos que ocorrem ao longo de um curso. Assim, se o médico tem importantes responsabilidades sociais, o professor de Medicina também as tem, e uma delas é justamente auxiliar o desenvolvimento moral de seus alunos.

Tomando por base os resultados desta pesquisa e os relatos da literatura, poderíamos sugerir que, para demonstrar claramente um comprometimento institucional com a formação ético-moral do estudante de Medicina, a Universidade poderia:

- 1) Melhorar a qualidade dos cursos formais de ética (sabendo que um aumento de carga horária é problemático, talvez fosse interessante aumentar o corpo docente a fim de que ocorresse uma interação em pequenos grupos);
- 2) Estimular as disciplinas e os módulos de ensino a abrirem espaços formais para a discussão de conflitos éticos;
- 3) Atuar na melhoria constante do ambiente de trabalho / aprendizagem de maneira a facilitar a manifestação de condutas eticamente desejáveis;
- 4) Fomentar a pesquisa educacional sobre processos informais que sugiram resultados interessantes a fim de trazê-los para a

formalidade; e 5) Investir na conscientização e no preparo do corpo docente através da promoção de simpósios, conferências e encontros interdisciplinares.

Nós, seres humanos, somos pelo menos parcialmente responsáveis pelo desenvolvimento moral de cada pessoa com a qual interagimos. Se qualquer encontro pode servir de fonte para o aprimoramento do outro, que dizer do impacto da relação professor-aluno na formação deste, num ambiente impregnado de conflitos éticos como o das escolas médicas?

Assim, uma reflexão final a respeito do propósito mais recôndito deste trabalho (que não poderia jamais ser expresso como um objetivo da pesquisa): sensibilizar tanto os pesquisados, como aqueles profissionais que formam estudantes de Medicina e que se defrontarem com este texto, para a importância fundamental que têm na formação ético-moral de seus alunos. Sensibilizá-los para a importância de desenvolver continuamente a própria competência para entregar à sociedade médicos que exerçam sua profissão com base em virtudes como a generosidade e a compreensão. Sensibilizá-los para que despertem os sentidos dos futuros médicos – por cuja formação são responsáveis – para a intensa sensação de bem-estar que advém da gratidão e do pensamento positivo dirigido a nós por pessoas que foram cuidadas com respeito e atenção.

Este sentimento gratificante decorre de uma realidade: a Medicina é uma atividade que envolve relacionamentos humanos intensos, onde segredos íntimos são desvelados, num pedido de ajuda muitas vezes desesperado. O médico está lá, antes e acima de tudo para ajudar. Com conhecimento técnico-científico, sem dúvida, mas também com atitudes generosas e palavras de alento, especialmente nos momentos mais difíceis. E os momentos difíceis são numerosos... Não apenas em relação aos problemas trazidos pelos pacientes, mas também pelas dificuldades pessoais pelas quais passamos todos, médicos inclusive. Não é simples ser doce e generoso na atividade profissional quando se tem uma paixão não

correspondida, quando as contas se acumulam em nossa mesa ou quando um filho passa por dificuldades. Mas é justamente nesse momento que o exercício da Medicina pode servir de remédio para o próprio médico: não há nada mais gratificante que receber inesperadamente um agradecimento espontâneo de alguém que se sentiu bem cuidado. É certo que os problemas não desaparecem por isso, mas parece que nos sentimos mais dispostos e confiantes para enfrentá-los. Uma formação humanística é importante não apenas para que nosso aluno de hoje possa amanhã ajudar seus pacientes, mas também para elevar seu próprio espírito.

**REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

- 
1. ACKERKNECHT, E. W. **A Short History of Medicine**. 3<sup>rd</sup> edition. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1982.
  2. AGUIRRE, E. **Paleopatología y Medicina Prehistórica**. In: ENTRALGO, P.L. *Historia Universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores, 1972.
  3. ARISTÓFANES. **The Clouds**. Disponível em URL: <http://classics.mit.edu/Aristophanes/clouds.html>. Acessado em 17/03/2005.
  4. ARISTÓTELES. **Ética a Nicômacos**. 3a edição. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1985.
  5. ARMSTRONGA, M.B.; KETZB, J.E.; OWSENC, D. **Ethics Education in Accounting: Moving Towards Ethical Motivation and Ethical Behavior**. *Journal of Accounting Education*, v. 21, p. 1-16, 2003.
  6. BAMBAS, A.; SMITH, K. **The Health Services Experience: an Alternative to the Classroom-based Model for Moral Development of Health Professionals**. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 24, n. 1, p. 36-46, 2000.
  7. BANDURA, A.; BARBARANELLI, C.; CAPRARA, G.V.; PASTORELLI, C. **Mechanisms of Moral Disengagement in the Exercise of Moral Agency**. *Journal of Personality and Social Psychology*. v. 71, n. 2, p. 364-74, 1996.
  8. BARNARD, D. **Residency Ethics Teaching**. *Archives of Internal Medicine*, v. 148, p. 1836-1838, 1988.



9. BASTOS Jr., E.J. **Prefácio.** In: COUTINHO, L.M. Código de Ética Médica Comentado. 3ª edição. Florianópolis: OAB/SC Editora, 2003.
10. BEAUCHAMP, T.L.; CHILDRESS, J.F. **Principles of Biomedical Ethics.** 5<sup>th</sup> edition. New York: Oxford Press, 2001.
11. BEBEAU, M.J. **Influencing the Moral Dimension of Dental Practice.** In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). Moral Development in the Professions. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.
12. BICKEL, J. **Medical Students' Professional Ethics: Defining the Problems and Developing the Resources.** Academic Medicine v. 66, p. 726-729, 1989.
13. BLACKBURN, S. **Dicionário Oxford de Filosofia.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.
14. BRASIL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO - SESU. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição.** Disponível em URL: <http://www.mec.gov.br/sesu/ftp/pareceres/113301EnfMedNutr.doc>. Acessado em 21/12/2003.
15. BRANCH Jr., W.T. **Supporting the Moral Development of Medical Students.** Journal of General Internal Medicine. v. 15, p. 503-508, 2000.
16. BREDEMEIER, B.J.L.; SHIELDS, D.L.L. **Applied Ethics and Moral Reasoning in Sports.** In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). Moral

Development in the Professions. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.

**17. BUSACCHI, V. Sociología de la Práctica Médica en la Roma Antigua.**

In: ENTRALGO, P.L. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores, 1972, p.299.

**18. CAMPOS, P.M.; GARCIA, E.R. Medicina y Sociedad en la Ilustración.**

In: ENTRALGO, P.L. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores, 1972.

**19. COELHO, T. A Cultura como Experiência.** In: RIBEIRO, R.J. (Org.).

Humanidades; um novo curso na USP. São Paulo: EDUSP, 2001.

**20. COMTE-SPONVILLE, A. Pequeno Tratado das Grandes Virtudes.**

São Paulo: Martins Fontes, 1995.

**21. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Médicos Obtêm o Maior Índice de Confiança.** Jornal Medicina. n. 156, 2005.

**22. CORTINA, A.; MARTÍNEZ, E. Ética.** São Paulo: Edições Loyola, 2005.

**23. COULEHAN, J.; WILLIAMS, P.C. Conflicting Professional Values in**

**Medical Education.** Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. v. 12, p. 7-20, 2003.

**24. COULEHAN, J.; WILLIAMS, P.C.; McCRARY, S.V.; BELLING, C. The Best Lack All Conviction: Biomedical Ethics, Professionalism and Social**

**Responsibility.** Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. v. 12, p. 21-38, 2003.

25. CUSHING, A. **Communication Skills**. Medical Education . v. 30, p. 316-318, 1996.
26. DAVIES D.P. **Ethics in Undergraduate Medical Education: Sowing the Seeds**. Current Paediatrics. v. 12, p. 513-518, 2002.
27. DICIONÁRIO HOUAISS DA LÍNGUA PORTUGUESA. Disponível em URL: <http://houaiss.uol.br> . Acessado em 24/02/2006.
28. DILLON, R.S. **Respect**. In: The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Disponível em URL: <http://plato.stanford.edu/entries/respect> . Acessado em 21/02/2006.
29. DEWEERDT, S. **Les clés de l'oeuvre**. In: MOLIÈRE. Le Medicin malgré lui. Paris: Pocket, 1999.
30. DUCKETT, L.J.; RYDEN, M.B. **Education for Ethical Nursing Practice**. In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). Moral Development in the Professions. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.
31. ENTRALGO, P.L. **La Medicina Hipocrática**. In: \_\_\_\_\_. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores, 1972.
32. ERDE, E.L. **The Inadequacy of Role Models for Educating Medical Students in Ethics with Some Reflections on Virtue Theory**. Theoretical Medicine. v. 18, p. 31-45, 1997.
33. FRANCO, M.L. **Análise do Conteúdo**. Brasília: Editora Plano, 2003.

34. GALLIAN, D.M.C. **As Humanidades e o Saber Médico**. Notadum. v. 9, p. 47-50, 2002.
35. GOLDIE, J.C.S. **The Detrimental Ethical Shift Toward Cynicism: Can Medical Educators Help to Prevent It?** Medical Education. v. 38, p.232-238, 2004.
36. GRACIA GUILLÉN, D.; PESET, J.L. **La Medicina en la Baja Edad Media Latina**. In: ENTRALGO, P.L. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores, 1972.
37. GRIBBIN, J. **Science, a History**. London. Penguin Books; 2003
38. HAFFERTY, F.W.; FRANKS, R. **The Hidden Curriculum, Ethics Teaching, and the Structure of Medical Education**. Academic Medicine, v. 69, p. 861-871, 1994.
39. HIATT, M.D.; STOCKTON, C.G. **The Impact of Flexner Report on the Fate of Medical Schools in North America after 1909**. Disponível em URL: [www.jpands.org/vol8no2/hiatttext.pdf#search='flexner%report'](http://www.jpands.org/vol8no2/hiatttext.pdf#search='flexner%report'). Acessado em 23/12/2005.
40. HICKS, L.K.; LIN, Y.; ROBERTSON, D.W.; WOODROW, S.I. **Understanding Clinical Dilemmas that Shape Medical Students' Ethical Development: Questionnaire Survey and Focus Group Study**. British Medical Journal. v. 322, p. 709-710, 2001.
41. HOSSNE, W.S. **Educação Médica e Ética**. In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998.

- 42.** HUNDERT, E.M.; DOUGLAS-STEELE, D.; BICKEL, J. **Context in Medical Education: the informal ethics curriculum.** Medical Education. v. 30, p. 353-364, 1996.
- 43.** JEWSON, N.D. **The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology, 1770-1870.** Sociology-The Journal of the British Sociological Association. v. 10, n. 2, p. 225-244, 1976.
- 44.** JONSEN, A.R. **Casuistry and Methodology in Clinical Ethics.** Theoretical Medicine. v 7, p. 65-74, 1989.
- 45.** KOHLBERG, L. **Foreword.** In: REIMER, J.; PAOLITTO, D.P.; HERSH, R.H. Promoting Moral Growth – From Piaget to Kohlberg. 2nd edition. Prospect Heights: Waveland Press, Inc., 1990.
- 46.** LARKIN, L.G. **Mapping, Modeling and Mentoring: Charting a Course for Professionalism in Graduate Medical Education.** Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. v. 12, p. 167-177, 2003.
- 47.** LENOIR, N. **Promover o Ensino da Bioética no Mundo.** Disponível em:  
URL: <http://www.portalmedico.org.br/revista/bio1v4/promov.html>  
Acessado em 19/07/2003.
- 48.** LIND, G. **Moral Regression in Medical Students and Their Learning Environment.** Revista Brasileira de Educação Médica. v. 24, n.3, p. 24-33, 2000.

- 49.** LINDENBERG, M. **Medicina, Civilização e Humanismo.** Oração proferida em 22/12/1966 como paraninfo dos médicos da Escola Paulista de Medicina. Documento datilografado. Arquivo Histórico do CeHFi-UNIFESP.
- 50.** LOPEZ QUINTÁS, A. **El Análisis Literario y su Papel Formativo.** Convent International 1, 2001.
- 51.** LOWE, M.; KERRIDGE, I.; BORE, M.; MUNRO, D.; POWIS, D. **Is it Possible to Assess the Ethics of Medical School Applicants?** Journal of Medical Ethics. v. 27, p. 404-408, 2001.
- 52.** MAIA, J.A. **Formação Humanística no Ensino Superior em Saúde: Intencionalidades e Acasos.** In: Batista, N.A; Batista, S.H.; Abdalla, I.G. (Orgs.) Ensino em Saúde: Visitando Conceitos e Práticas. São Paulo: Arte e Ciência Editora, 2005.
- 53.** MARAÑÓN, G. **Vocación y Ética.** In : \_\_\_\_\_. Obras Completas de G. Marañón, Tomo IX. Madrid: Editora Epasacalpe, 1969.
- 54.** McNEEL, S.P. **College Teaching and Student Moral Development.** In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). Moral Development in the Professions. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.
- 55.** MEIRA, A.R.; CUNHA, M.M.S. **O Ensino da Ética Médica em Nível de Graduação nas Faculdades de Medicina do Brasil.** Revista Brasileira de Educação Médica. v. 18, n. 1 , p. 7-10, 1994.

56. MILES, S.H.; LANE, L.W.; BICKEL, J.; WALKER, R.M.; CASSEL, C.K. **Medical Ethics Education: Coming of Age.** Academic Medicine. v. 64, p. 705-714, 1989.
57. MOLINA, A.; DIAS, E. **Breve Introdução ao Humanismo.** In: MOLINA, A.; ALBUQUERQUE, M.C.; DIAS, E. Bioética e Humanização: vivências e reflexões. Recife : EDUPE; 2003.
58. MUÑOZ, D.; MUÑOZ, D.R. **O Ensino da Ética nas Faculdades de Medicina do Brasil.** Revista Brasileira de Educação Médica. v. 27, n. 2, p. 114-124, 2003.
59. NICOLA, U. **Antologia Ilustrada de Filosofia.** São Paulo: Editora Globo, 2005, p. 64.
60. NODDINGS, N. **Educating Moral People.** New York: Teachers College Press, 2002.
61. PASCAL, G. **Les Grands Textes de la Philosophie.** Paris : Éditions Bordas, 1986, p.163.
62. PATENAUDE, J.; NIYOSENGA, T.; FAFARD, D. **Changes in Student's Moral Development during Medical School: a Cohort Study.** Canadian Medical Association Journal. v. 168, n. 7, p. 840-844, 2003.
63. PELLEGRINO, E.D. **The Origins and Evolution of Bioethics: Some Personal Reflections.** Kennedy Institute of Ethics Journal. v. 9, n. 1, p. 73-88, 1999.

- 64.** PESET, J.L. **Medicina y Sociedad en la Francia del Barroco.** In: ENTRALGO, P.L. *Historia Universal de la Medicina.* Barcelona: Salvat Editores, 1972.
- 65.** PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C.P. **Problemas atuais de bioética.**<sup>6ª</sup> ed. São Paulo: Loyola; 2002, p. 32.
- 66.** PONEMON, L.A.; GABHART, D.R.L. **Ethical Reasoning Research in the Accounting and Auditing Professions.** In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). *Moral Development in the Professions.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.
- 67.** RAMEIX, S. **Fondments Philosophiques de l'Étique Medicale.** Paris : Ellipses, 1996.
- 68.** REGO, S. **Saindo da Adolescência com a Vida (dos Outros) nas Mãos: Estudo sobre a Formação Ética dos Estudantes de Medicina.** Tese (Doutorado em Medicina Social) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- 69.** REGO, S. **Reflexão sobre o Processo de Formação Ética dos Médicos.** Boletim ABEM. v. 31, n. 3, p. 2-3, 2003.
- 70.** REIMER, J.; PAOLITTO, D.P.; HERSH, R.H. **Promoting Moral Growth – From Piaget to Kohlberg.** 2nd edition. Prospect Heights: Waveland Press, Inc., 1990.



- 71.** REST, J.R. **Background: Theory and Research.** In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). *Moral Development in the Professions.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.
- 72.** REST, J.R.; NARVÁEZ, D. **What's Possible?.** In: \_\_\_\_\_. *Moral Development in the Professions.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994
- 73.** RIBEIRO, R.J. **Apresentação do Organizador.** In: RIBEIRO, R.J. (Org.). *Humanidades; um Novo Curso na USP.* São Paulo: EDUSP, 2001.
- 74.** RICOEUR, P. **Ética e Moral.** In: \_\_\_\_\_. *Em Torno ao Político.* São Paulo: Edições Loyola, 1995.
- 75.** RUSSELL, B. **A History of Western Philosophy.** Nova York: Simon & Schuster; 1945.
- 76.** SANTOS FILHO, L. **História Geral da Medicina Brasileira.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1977.
- 77.** SATTERWHITE, R.C.; SATTERWHITE III, W.M.; ENARSON, C. **An Ethical Paradox: the Effect of Unethical Conduct on Medical Students' Values.** *Journal of Medical Ethics.* v. 26, n. 6, p. 462-465, 2000.
- 78.** SELF, D.J.; BALDWIN Jr., D.W. **Moral Reasoning in Medicine.** In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). *Moral Development in the Professions.* Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.
- 79.** SELF, D.J.; OLIVAREZ, M.; BALDWIN Jr., D.W. **Moral Reasoning in Veterinary Medicine.** In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). *Moral*

Development in the Professions. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.

- 80.** SHORR, A.F.; HAYES, R.P.; FINNERTY, J.F. **The Effect of a Class in Medical Ethics on First Year Medical Students.** Academic Medicine. v. 69, p. 998-1000, 1994.
- 81.** SILVA, J.T.N.; de MIRANDA, D.; MARCOLINO, J.A.M.; MUÑOZ, D.R. **Medida de Sensibilidade Ética em Estudantes de Medicina: um Estudo na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.** Revista Brasileira de Educação Médica. v. 29, n. 2, p. 103-109, 2005.
- 82.** SILVA, T.T. **Teoria Cultural e Educação. Um Vocabulário Crítico.** Belo Horizonte: Autêntica, 2000.
- 83.** SINGER, P.A. **Strengthening the Role of Ethics in Medical Education.** Canadian Medical Association Journal. v. 168, n. 7, p. 854-855, 2003.
- 84.** SPRINTHALL, N.A. **Counseling and Social Role Taking: Promoting Moral and Ego Development.** In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). Moral Development in the Professions. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.
- 85.** THOMA, S. **Moral Judgments and Moral Action.** In: REST, J.R.; NARVÁEZ, D. (Editors). Moral Development in the Professions. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Inc., 1994.

- 86.** TRONCON, L.E.A. ; et al. **Conteúdos Humanísticos na Formação Geral dos Médicos.** In: MARCONDES, E.; GONÇALVES, E.L. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998.
- 87.** UNIFESP. **Curso de Graduação em Medicina.** Disponível em URL : <http://prograd.unifesp.br/cursos/med.htm> . Acessado em 22/02/2006.
- 88.** VIGOTSKI, L.S. **Psicologia Pedagógica.** Porto Alegre: Artmed, 2003, p. 214.
- 89.** WEAR, D. **On White Coats and Professional Development: The Formal and the Hidden Curricula.** Annals of Internal Medicine. v. 129, n. 9, p. 734-737, 1998.
- 90.** WRIGHT, S.M.; KERN, D.E.; KOLODNER, K.; HOWARD, D.M.; BRANCATI, F.L. **Attributes of Excellent Physician-Attending Role Models.** The New England Journal of Medicine. v. 339, n. 27, p. 1986-1993, 1998.
- 91.** ZARAGOZA, J.R. **Restos de la Medicina Clásica en el Occidente Medieval Europeo.** In: ENTRALGO, P.L. Historia Universal de la Medicina. Barcelona: Salvat Editores, 1972.

**ANEXOS**

## ANEXO 1

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Esta pesquisa, **“VISÃO DOS PROFISSIONAIS QUE EXERCEM ATIVIDADE DOCENTE SOBRE SEU PAPEL NA FORMAÇÃO ÉTICO-MORAL DO ESTUDANTE DE MEDICINA DA UNIFESP”**, será desenvolvida por meio da aplicação de questionários com profissionais que exercem atividade docente no curso de graduação em Medicina da UNIFESP, independentemente de seu vínculo institucional ou titulação acadêmica. Serão realizadas também entrevistas com os coordenadores do curso de Medicina da UNIFESP e professores com experiência no ensino da Bioética e da Ética Médica de três Instituições de Ensino Superior da cidade de São Paulo.

Estas informações estão sendo fornecidas para subsidiar sua participação voluntária neste estudo que visa investigar, sob a ótica dos profissionais que exercem atividade docente na graduação em Medicina, sua participação na formação ético-moral dos estudantes.

O questionário é composto de três partes: I) Importância da formação ético-moral do estudante de medicina e do papel do docente; II) Qualificação Docente; e III) Dados Pessoais. Pretendemos, com as informações obtidas através deste instrumento, conhecer o grau de sensibilização dos profissionais que exercem atividade docente quanto à sua responsabilidade no desenvolvimento ético-moral dos estudantes de Medicina e seu preparo para atuar na formação ético-moral destes estudantes. Procuraremos ainda identificar as práticas utilizadas para isso, bem como conhecer suas sugestões para aprimorar a formação ético-moral dos estudantes.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O investigador principal é o Dr. Aluisio Marçal de Barros Seródio, que pode

ser encontrado no endereço: Rua Borges Lagoa, 1341 - CEDESS/UNIFESP, tel:11-55490130 e 11-99125239, São Paulo-SP, ou ainda através do endereço eletrônico [lulabra@yahoo.com](mailto:lulabra@yahoo.com).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre os aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNIFESP - Rua Botucatu, 572 - 1º andar- cj. 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 - [E-mail: cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br).

É garantida aos sujeitos de pesquisa a liberdade da retirada de consentimento e o abandono do estudo a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à continuidade de suas atividades na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros sujeitos da pesquisa, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Fica assegurado, também, o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, assim que esses resultados cheguem ao conhecimento do pesquisador.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me, como pesquisador principal, a utilizar os dados e o material coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li, descrevendo o estudo “**VISÃO DOS PROFISSIONAIS QUE EXERCEM ATIVIDADE DOCENTE SOBRE SEU PAPEL NA FORMAÇÃO ÉTICO-MORAL DO ESTUDANTE DE MEDICINA**”.

Eu discuti com o Dr. Aluisio Marçal de Barros Seródio a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados quando necessário.

Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no exercício das minhas funções nesta Universidade.

-----

Data: / /

**Assinatura do sujeito de pesquisa**

-----

Data: / /

**Assinatura do pesquisador principal**

## ANEXO 2

### QUESTIONÁRIO

#### VISÃO DOS PROFISSIONAIS QUE EXERCEM ATIVIDADE DOCENTE SOBRE SEU PAPEL NA FORMAÇÃO ÉTICO-MORAL DO ESTUDANTE DE MEDICINA

O questionário a seguir é parte da minha pesquisa de Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde realizado no CEDESS-UNIFESP, cujo tema é a função de formador no âmbito da ética/moral de quem ensina Medicina.

O critério de inclusão nesta pesquisa é o **exercício de qualquer tipo de atividade de ensino com alunos da graduação em Medicina da Unifesp (sala de aula, enfermaria, estágio etc.), independentemente do vínculo institucional (docente, contratado ou outro) ou da titulação acadêmica.** Caso você se encaixe neste perfil e queira participar da pesquisa, preencha o questionário a seguir e leia e assine o termo de consentimento esclarecido que se encontra anexado ao final do mesmo. Peço ainda a gentileza de deixar este questionário na secretaria da disciplina/departamento para que seja recolhido posteriormente.

Desde já agradeço pela colaboração e coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Aluisio Seródio  
Pós-Graduando CEDESS-UNIFESP  
E-mail: [lulabra@yahoo.com](mailto:lulabra@yahoo.com)



## OBSERVAÇÃO

No presente estudo, definiremos “formação ético-moral” como o processo formativo que estimule o desenvolvimento do estudante como pessoa e que permeie a relação do médico com pacientes e outros profissionais da área da saúde pelos princípios humanísticos da compreensão, da generosidade e da tolerância. Procuramos, assim, ultrapassar o simples ensinamento do Código de Ética Médica.

### I) Importância da formação ético-moral do estudante de Medicina e do papel docente.

Nas questões de 1 a 8 são apresentadas assertivas referentes à formação ético-moral do estudante de medicina. Leia cuidadosamente cada afirmação e indique seu grau de concordância com cada uma delas, de acordo com uma escala de 1 (discordância total) até 5 (concordância total). Caso você julgue não ter elementos para avaliar a assertiva, assinale a opção NA (não se aplica – opção 9).

Grau de concordância

|                     |   |   |   |   |                     |               |
|---------------------|---|---|---|---|---------------------|---------------|
| DISCORDO PLENAMENTE |   |   |   |   | CONCORDO PLENAMENTE | NÃO SE APLICA |
| 1                   | 2 | 3 | 4 | 5 | 9                   |               |
|                     |   |   |   |   |                     |               |

1. A formação ético-moral é fundamental para a futura prática médica.

2. Desvios da prática médica podem ser

3. O caráter moral do estudante já está formado quando ele ingressa na escola médica. Cursos não conseguirão remodelar a personalidade do estudante nem garantir uma postura ética no futuro.

|   |   |   |   |   |   |  |
|---|---|---|---|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |  |
|   |   |   |   |   |   |  |

1 2 3 4 5 9

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

4. Ainda que o caráter moral do estudante já esteja profundamente modelado antes de seu ingresso na escola médica, ele pode ser influenciado por processos informais como a observação de exemplos dados por médicos e professores.

1 2 3 4 5 9

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

5. A UNIFESP como um todo está preocupada com a formação ético-moral do estudante de Medicina.

1 2 3 4 5 9

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

6. Um dos objetivos explícitos (por escrito ou não) da atividade de ensino da qual participo é a promoção da formação ético-moral do estudante de Medicina.

1 2 3 4 5 9

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

7. Pessoalmente, durante minha atividade de ensino, estou consciente do exemplo que dou e me empenho para promover a formação ético-moral do estudante de Medicina.

1 2 3 4 5 9

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

8. Estou satisfeito com meu desempenho na formação ético-moral de meus estudantes de Medicina.

1 2 3 4 5 9

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

## II) Qualificação docente

9. Baseado na definição de formação ético-moral utilizada nesta pesquisa, como você avalia seu preparo para contribuir para esta formação? (Caso queira, explique)

- Bem preparado
- Razoavelmente preparado
- Despreparado

10. Como você acredita que poderia aprimorar seu próprio preparo a fim de contribuir para a formação ético-moral do estudante de Medicina? (assinale mais de uma opção, caso deseje).

- Cursos de ética na pós-graduação
- Discussão de casos que apresentem conflitos éticos dentro de sua

Disciplina/Departamento

- Simpósios e conferências promovidos pela instituição
- Congressos de Ética Médica ou Bioética
- Outros. Quais? \_\_\_\_\_

11. Em suas atividades de ensino, que tipo de recurso você utiliza para promover a formação ética do estudante de Medicina? (assinale mais de uma opção, caso deseje)

- Nenhum
- Discussão dos aspectos éticos de casos e situações que surgem durante a atividade de ensino

- Casos fictícios especialmente preparados para essa finalidade
- Aulas teóricas
- Conversas informais com estudantes
- Leitura e discussão de textos (literatura, arte ou outros)
- Outros? Quais \_\_\_\_\_.

12. O que as escolas médicas deveriam fazer para ajudar na formação ético-moral de seus estudantes? (assinale mais de uma opção, caso deseje)

- Não há como as escolas médicas influenciarem nesta formação.

- ( ) Aumentar no currículo o espaço para cursos de Bioética e Ética Médica.
- ( ) Promover encontros interdisciplinares com a participação dos estudantes para a discussão de aspectos éticos envolvidos nos cuidados com a saúde.
- ( ) Investir numa maior conscientização dos profissionais que exercem atividade de ensino no que se refere ao seu papel enquanto exemplo.
- ( ) Outros. Quais? \_\_\_\_\_

13. Dentro da sua área de atuação, cite até três situações de conflitos éticos que você identifica como mais importantes para uma discussão com os futuros médicos.

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

14. Na sua opinião, em que consiste a formação ético-moral do estudante de medicina?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### III) Dados Pessoais

15. Faixa etária

- Até 30 anos
- Entre 30 e 40 anos
- Entre 40 e 50 anos
- Entre 50 e 60 anos
- Acima de 60 anos

16. Gênero

- Masculino     Feminino

17. Formação em nível de graduação

- Medicina
- Enfermagem
- Ciências Biomédicas
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

18. Tempo de formado

- Até 5 anos
- Entre 5 e 10 anos
- Entre 10 e 20 anos
- Mais de 20 anos

19. Titulação Acadêmica

- Especialização/Residência Médica
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado
- Livre-Docência

20. Vínculo com a UNIFESP-EPM e/ou HSP:

- Professor
- Professor Visitante
- Profissional Contratado

- Profissional Voluntário
- Pós-Graduando (Especialização, Mestrado ou Doutorado)
- Residente

21. Em que momento do curso você tem contato com os alunos da graduação? (caso atue em mais de um momento, assinale aquele em que seu contato com os estudantes de graduação é mais intenso).

- 1º e 2º anos
- 3º e 4º anos
- 5º e 6º anos

22. Em quais dos cenários abaixo você atua com os alunos da graduação em Medicina? (assinale mais de um, caso deseje)

- Sala de Aula
- Laboratório
- Ambulatório
- Enfermaria
- Pronto Socorro
- UTI
- Centro Cirúrgico
- Unidade Básica de Saúde (UBS)
- Atividades na comunidade
- Outros.

Quais? \_\_\_\_\_

23. Descreva sucintamente sua atividade de ensino com estudantes de Medicina (com ênfase na periodicidade, carga horária e número de alunos).

Exemplo 1: Seis encontros de 4 horas cada com uma turma de 60 estudantes

Exemplo 2: Atendimento ambulatorial semanal, por 4 horas, com grupo de 5 estudantes.

---

---

---

O espaço abaixo destina-se a algum comentário que você deseje efetuar.  
Mais uma vez agradeço sua colaboração.

---

---

---

---

---

---

### ANEXO 3

Apresentaremos os resultados com as agregações das questões de 1 a 8. Quando possível foi aplicado teste de **qui-quadrado**. O teste de qui-quadrado é indicado para verificar diferenças na distribuição de uma característica categorizada (2 ou mais categorias) em função de outra também categorizada e mede o grau de relacionamento entre as duas características, em amostras independentes. Em alguns casos o teste de qui-quadrado não pode ser aplicado em função da baixa frequência observada em algumas classificações

#### Cruzamentos com a questão 15

##### **Questão 1**

|       |                       | Q15        |        |             |        |             |        |             |        |                 |        | Total |        |
|-------|-----------------------|------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
|       |                       | 1 'Até 30' |        | 2 '30 a 40' |        | 3 '40 a 50' |        | 4 '50 a 60' |        | 5 'acima de 60' |        |       |        |
|       |                       | N          | %      | N           | %      | N           | %      | N           | %      | N               | %      |       |        |
| Q1    | Indiferente           | 0          | 0,0%   | 1           | 1,7%   | 0           | 0,0%   | 0           | 0,0%   | 0               | 0,0%   | 1     | 0,4%   |
|       | Concord./conc.plenam. | 38         | 100,0% | 58          | 98,3%  | 70          | 100,0% | 50          | 100,0% | 18              | 100,0% | 234   | 99,6%  |
| Total |                       | 38         | 100,0% | 59          | 100,0% | 70          | 100,0% | 50          | 100,0% | 18              | 100,0% | 235   | 100,0% |

Não aplicável.

##### **Questão 2**

|       |                         | Q15        |        |             |        |             |        |             |        |                 |        | Total |        |
|-------|-------------------------|------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
|       |                         | 1 'Até 30' |        | 2 '30 a 40' |        | 3 '40 a 50' |        | 4 '50 a 60' |        | 5 'acima de 60' |        |       |        |
|       |                         | N          | %      | N           | %      | N           | %      | N           | %      | N               | %      |       |        |
| Q2    | Discordo plenam / disc. | 8          | 21,1%  | 9           | 15,3%  | 10          | 14,1%  | 9           | 17,6%  | 0               | 0,0%   | 36    | 15,2%  |
|       | Indiferente             | 14         | 36,8%  | 24          | 40,7%  | 36          | 50,7%  | 16          | 31,4%  | 10              | 55,6%  | 100   | 42,2%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 16         | 42,1%  | 26          | 44,1%  | 25          | 35,2%  | 26          | 51,0%  | 8               | 44,4%  | 101   | 42,6%  |
| Total |                         | 38         | 100,0% | 59          | 100,0% | 71          | 100,0% | 51          | 100,0% | 18              | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,315

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 2 e faixa etária.



### Questão 3

|                         | Q15        |        |             |        |             |        |             |        |                 |        | Total |        |
|-------------------------|------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 30' |        | 2 '30 a 40' |        | 3 '40 a 50' |        | 4 '50 a 60' |        | 5 'acima de 60' |        | N     | %      |
|                         | N          | %      | N           | %      | N           | %      | N           | %      | N               | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 18         | 47,4%  | 30          | 50,8%  | 42          | 59,2%  | 21          | 41,2%  | 5               | 27,8%  | 116   | 48,9%  |
| Q3 Indiferente          | 15         | 39,5%  | 22          | 37,3%  | 18          | 25,4%  | 19          | 37,3%  | 11              | 61,1%  | 85    | 35,9%  |
| Concord./conc.plenam.   | 5          | 13,2%  | 7           | 11,9%  | 11          | 15,5%  | 11          | 21,6%  | 2               | 11,1%  | 36    | 15,2%  |
| Total                   | 38         | 100,0% | 59          | 100,0% | 71          | 100,0% | 51          | 100,0% | 18              | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,173

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 3 e faixa etária.

### Questão 4

|                         | Q15        |        |             |        |             |        |             |        |                 |        | Total |        |
|-------------------------|------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 30' |        | 2 '30 a 40' |        | 3 '40 a 50' |        | 4 '50 a 60' |        | 5 'acima de 60' |        | N     | %      |
|                         | N          | %      | N           | %      | N           | %      | N           | %      | N               | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 0          | 0,0%   | 0           | 0,0%   | 0           | 0,0%   | 1           | 2,0%   | 1               | 5,6%   | 2     | 0,8%   |
| Q4 Indiferente          | 2          | 5,3%   | 3           | 5,1%   | 4           | 5,7%   | 0           | 0,0%   | 1               | 5,6%   | 10    | 4,2%   |
| Concord./conc.plenam.   | 36         | 94,7%  | 56          | 94,9%  | 66          | 94,3%  | 50          | 98,0%  | 16              | 88,9%  | 224   | 94,9%  |
| Total                   | 38         | 100,0% | 59          | 100,0% | 70          | 100,0% | 51          | 100,0% | 18              | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 5

|                         | Q15        |        |             |        |             |        |             |        |                 |        | Total |        |
|-------------------------|------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 30' |        | 2 '30 a 40' |        | 3 '40 a 50' |        | 4 '50 a 60' |        | 5 'acima de 60' |        | N     | %      |
|                         | N          | %      | N           | %      | N           | %      | N           | %      | N               | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 6          | 18,2%  | 22          | 37,3%  | 25          | 36,2%  | 13          | 29,5%  | 2               | 11,8%  | 68    | 30,6%  |
| Q5 Indiferente          | 15         | 45,5%  | 24          | 40,7%  | 20          | 29,0%  | 13          | 29,5%  | 8               | 47,1%  | 80    | 36,0%  |
| Concord./conc.plenam.   | 12         | 36,4%  | 13          | 22,0%  | 24          | 34,8%  | 18          | 40,9%  | 7               | 41,2%  | 74    | 33,3%  |
| Total                   | 33         | 100,0% | 59          | 100,0% | 69          | 100,0% | 44          | 100,0% | 17              | 100,0% | 222   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,156

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 5 e faixa etária.

## Questão 6

|                         | Q15        |        |             |        |             |        |             |        |                 |        | Total |        |
|-------------------------|------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 30' |        | 2 '30 a 40' |        | 3 '40 a 50' |        | 4 '50 a 60' |        | 5 'acima de 60' |        |       |        |
|                         | N          | %      | N           | %      | N           | %      | N           | %      | N               | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc. | 5          | 13,9%  | 13          | 23,2%  | 6           | 8,5%   | 7           | 15,6%  | 1               | 5,6%   | 32    | 14,2%  |
| Q6 Indiferente          | 12         | 33,3%  | 14          | 25,0%  | 13          | 18,3%  | 6           | 13,3%  | 4               | 22,2%  | 49    | 21,7%  |
| Concord./conc.plenam.   | 19         | 52,8%  | 29          | 51,8%  | 52          | 73,2%  | 32          | 71,1%  | 13              | 72,2%  | 145   | 64,2%  |
| Total                   | 36         | 100,0% | 56          | 100,0% | 71          | 100,0% | 45          | 100,0% | 18              | 100,0% | 226   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p$ ) = 0,089

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 6 e faixa etária.

## Questão 7

|                         | Q15        |        |             |        |             |        |             |        |                 |        | Total |        |
|-------------------------|------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 30' |        | 2 '30 a 40' |        | 3 '40 a 50' |        | 4 '50 a 60' |        | 5 'acima de 60' |        |       |        |
|                         | N          | %      | N           | %      | N           | %      | N           | %      | N               | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc. | 1          | 2,6%   | 2           | 3,4%   | 0           | 0,0%   | 0           | 0,0%   | 0               | 0,0%   | 3     | 1,3%   |
| Q7 Indiferente          | 3          | 7,9%   | 4           | 6,8%   | 0           | 0,0%   | 2           | 4,0%   | 0               | 0,0%   | 9     | 3,8%   |
| Concord./conc.plenam.   | 34         | 89,5%  | 53          | 89,8%  | 71          | 100,0% | 48          | 96,0%  | 18              | 100,0% | 224   | 94,9%  |
| Total                   | 38         | 100,0% | 59          | 100,0% | 71          | 100,0% | 50          | 100,0% | 18              | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

## Questão 8

|                         | Q15        |        |             |        |             |        |             |        |                 |        | Total |        |
|-------------------------|------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-------------|--------|-----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 30' |        | 2 '30 a 40' |        | 3 '40 a 50' |        | 4 '50 a 60' |        | 5 'acima de 60' |        |       |        |
|                         | N          | %      | N           | %      | N           | %      | N           | %      | N               | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc. | 3          | 8,8%   | 7           | 11,9%  | 1           | 1,4%   | 4           | 8,0%   | 0               | 0,0%   | 15    | 6,5%   |
| Q8 Indiferente          | 7          | 20,6%  | 17          | 28,8%  | 18          | 25,4%  | 12          | 24,0%  | 2               | 11,1%  | 56    | 24,1%  |
| Concord./conc.plenam.   | 24         | 70,6%  | 35          | 59,3%  | 52          | 73,2%  | 34          | 68,0%  | 16              | 88,9%  | 161   | 69,4%  |
| Total                   | 34         | 100,0% | 59          | 100,0% | 71          | 100,0% | 50          | 100,0% | 18              | 100,0% | 232   | 100,0% |

Não aplicável.

## Cruzamentos com a questão 16

### Questão 1

|       |                       | Q16       |        |          |        | Total |        |
|-------|-----------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
|       |                       | Masculino |        | Feminino |        | N     | %      |
|       |                       | N         | %      | N        | %      |       |        |
| Q1    | Indiferente           | 1         | 0,8%   | 0        | 0,0%   | 1     | 0,4%   |
|       | Concord./conc.plenam. | 128       | 100,0% | 106      | 100,0% | 234   | 100,0% |
| Total |                       | 129       | 100,8% | 106      | 100,0% | 235   | 100,4% |

Teste de qui-quadrado (p) = 1,000

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 1 e gênero.

### Questão 2

|       |                         | Q16       |        |          |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
|       |                         | Masculino |        | Feminino |        | N     | %      |
|       |                         | N         | %      | N        | %      |       |        |
| Q2    | Discordo plenam / disc. | 20        | 15,4%  | 16       | 15,0%  | 36    | 15,2%  |
|       | Indiferente             | 58        | 44,6%  | 42       | 39,3%  | 100   | 42,2%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 52        | 40,0%  | 49       | 45,8%  | 101   | 42,6%  |
| Total |                         | 130       | 100,0% | 107      | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,870

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 2 e gênero.

### Questão 3

|       |                         | Q16       |        |          |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
|       |                         | Masculino |        | Feminino |        | N     | %      |
|       |                         | N         | %      | N        | %      |       |        |
| Q3    | Discordo plenam / disc. | 69        | 53,1%  | 47       | 43,9%  | 116   | 48,9%  |
|       | Indiferente             | 41        | 31,5%  | 44       | 41,1%  | 85    | 35,9%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 20        | 15,4%  | 16       | 15,0%  | 36    | 15,2%  |
| Total |                         | 130       | 100,0% | 107      | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,284

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 3 e gênero.

#### Questão 4

|                         | Q16       |        |          |        | Total |        |
|-------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
|                         | Masculino |        | Feminino |        | N     | %      |
|                         | N         | %      | N        | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 2         | 1,6%   | 0        | 0,0%   | 2     | 0,8%   |
| Q4 Indiferente          | 5         | 3,9%   | 5        | 4,7%   | 10    | 4,2%   |
| Concord./conc.plenam.   | 122       | 94,6%  | 102      | 95,3%  | 224   | 94,9%  |
| Total                   | 129       | 100,0% | 107      | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

#### Questão 5

|                         | Q16       |        |          |        | Total |        |
|-------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
|                         | Masculino |        | Feminino |        | N     | %      |
|                         | N         | %      | N        | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 38        | 30,9%  | 30       | 30,3%  | 68    | 30,6%  |
| Q5 Indiferente          | 44        | 35,8%  | 36       | 36,4%  | 80    | 36,0%  |
| Concord./conc.plenam.   | 41        | 33,3%  | 33       | 33,3%  | 74    | 33,3%  |
| Total                   | 123       | 100,0% | 99       | 100,0% | 222   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,994

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 5 e gênero.

#### Questão 6

|                         | Q16       |        |          |        | Total |        |
|-------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
|                         | Masculino |        | Feminino |        | N     | %      |
|                         | N         | %      | N        | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 19        | 15,1%  | 13       | 13,0%  | 32    | 14,2%  |
| Q6 Indiferente          | 28        | 22,2%  | 21       | 21,0%  | 49    | 21,7%  |
| Concord./conc.plenam.   | 79        | 62,7%  | 66       | 66,0%  | 145   | 64,2%  |
| Total                   | 126       | 100,0% | 100      | 100,0% | 226   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,859

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 6 e gênero.

### Questão 7

|                         | Q16       |        |          |        | Total |        |
|-------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
|                         | Masculino |        | Feminino |        | N     | %      |
|                         | N         | %      | N        | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 2         | 1,5%   | 1        | 0,9%   | 3     | 1,3%   |
| Q7 Indiferente          | 6         | 4,6%   | 3        | 2,8%   | 9     | 3,8%   |
| Concord./conc.plenam.   | 122       | 93,8%  | 102      | 96,2%  | 224   | 94,9%  |
| Total                   | 130       | 100,0% | 106      | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 8

|                         | Q16       |        |          |        | Total |        |
|-------------------------|-----------|--------|----------|--------|-------|--------|
|                         | Masculino |        | Feminino |        | N     | %      |
|                         | N         | %      | N        | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 10        | 7,8%   | 5        | 4,9%   | 15    | 6,5%   |
| Q8 Indiferente          | 30        | 23,3%  | 26       | 25,2%  | 56    | 24,1%  |
| Concord./conc.plenam.   | 89        | 69,0%  | 72       | 69,9%  | 161   | 69,4%  |
| Total                   | 129       | 100,0% | 103      | 100,0% | 232   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,656

Não significante. Não houve relação significante entre questão 8 e gênero.

### Cruzamentos com a questão 17

#### Questão 1

|                          | Q17      |        |            |        |        |        | Total |        |
|--------------------------|----------|--------|------------|--------|--------|--------|-------|--------|
|                          | Medicina |        | Biomédicas |        | Outros |        | N     | %      |
|                          | N        | %      | N          | %      | N      | %      |       |        |
| Indiferente              | 1        | 0,5%   | 0          | 0,0%   | 0      | 0,0%   | 1     | 0,4%   |
| Q1 Concord./conc.plenam. | 205      | 99,5%  | 18         | 100,0% | 11     | 100,0% | 234   | 99,6%  |
| Total                    | 206      | 100,0% | 18         | 100,0% | 11     | 100,0% | 235   | 100,0% |

Não aplicável.

#### Questão 2

|                          | Q17      |        |            |        |        |        | Total |        |
|--------------------------|----------|--------|------------|--------|--------|--------|-------|--------|
|                          | Medicina |        | Biomédicas |        | Outros |        |       |        |
|                          | N        | %      | N          | %      | N      | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc.  | 29       | 13,9%  | 5          | 27,8%  | 2      | 18,2%  | 36    | 15,2%  |
| Indiferente              | 90       | 43,3%  | 6          | 33,3%  | 4      | 36,4%  | 100   | 42,2%  |
| Q2 Concord./conc.plenam. | 89       | 42,8%  | 7          | 38,9%  | 5      | 45,5%  | 101   | 42,6%  |
| Total                    | 208      | 100,0% | 18         | 100,0% | 11     | 100,0% | 237   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 3

|                          | Q17      |        |            |        |        |        | Total |        |
|--------------------------|----------|--------|------------|--------|--------|--------|-------|--------|
|                          | Medicina |        | Biomédicas |        | Outros |        |       |        |
|                          | N        | %      | N          | %      | N      | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc.  | 99       | 47,6%  | 9          | 50,0%  | 8      | 72,7%  | 116   | 48,9%  |
| Indiferente              | 77       | 37,0%  | 6          | 33,3%  | 2      | 18,2%  | 85    | 35,9%  |
| Q3 Concord./conc.plenam. | 32       | 15,4%  | 3          | 16,7%  | 1      | 9,1%   | 36    | 15,2%  |
| Total                    | 208      | 100,0% | 18         | 100,0% | 11     | 100,0% | 237   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 4

|                          | Q17      |        |            |        |        |        | Total |        |
|--------------------------|----------|--------|------------|--------|--------|--------|-------|--------|
|                          | Medicina |        | Biomédicas |        | Outros |        |       |        |
|                          | N        | %      | N          | %      | N      | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc.  | 2        | 1,0%   | 0          | 0,0%   | 0      | 0,0%   | 2     | 0,8%   |
| Indiferente              | 8        | 3,9%   | 1          | 5,6%   | 1      | 9,1%   | 10    | 4,2%   |
| Q4 Concord./conc.plenam. | 197      | 95,2%  | 17         | 94,4%  | 10     | 90,9%  | 224   | 94,9%  |
| Total                    | 207      | 100,0% | 18         | 100,0% | 11     | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 5

|                          | Q17      |        |            |        |        |        | Total |        |
|--------------------------|----------|--------|------------|--------|--------|--------|-------|--------|
|                          | Medicina |        | Biomédicas |        | Outros |        |       |        |
|                          | N        | %      | N          | %      | N      | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc.  | 61       | 30,8%  | 4          | 26,7%  | 3      | 33,3%  | 68    | 30,6%  |
| Indiferente              | 73       | 36,9%  | 4          | 26,7%  | 3      | 33,3%  | 80    | 36,0%  |
| Q5 Concord./conc.plenam. | 64       | 32,3%  | 7          | 46,7%  | 3      | 33,3%  | 74    | 33,3%  |
| Total                    | 198      | 100,0% | 15         | 100,0% | 9      | 100,0% | 222   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 6

|                          | Q17      |        |            |        |        |        | Total |        |
|--------------------------|----------|--------|------------|--------|--------|--------|-------|--------|
|                          | Medicina |        | Biomédicas |        | Outros |        | N     | %      |
|                          | N        | %      | N          | %      | N      | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc.  | 29       | 14,4%  | 1          | 7,1%   | 2      | 18,2%  | 32    | 14,2%  |
| Indiferente              | 44       | 21,9%  | 2          | 14,3%  | 3      | 27,3%  | 49    | 21,7%  |
| Q6 Concord./conc.plenam. | 128      | 63,7%  | 11         | 78,6%  | 6      | 54,5%  | 145   | 64,2%  |
| Total                    | 201      | 100,0% | 14         | 100,0% | 11     | 100,0% | 226   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 7

|                          | Q17      |        |            |        |        |        | Total |        |
|--------------------------|----------|--------|------------|--------|--------|--------|-------|--------|
|                          | Medicina |        | Biomédicas |        | Outros |        | N     | %      |
|                          | N        | %      | N          | %      | N      | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc.  | 3        | 1,4%   | 0          | 0,0%   | 0      | 0,0%   | 3     | 1,3%   |
| Indiferente              | 8        | 3,9%   | 0          | 0,0%   | 1      | 9,1%   | 9     | 3,8%   |
| Q7 Concord./conc.plenam. | 196      | 94,2%  | 18         | 100,0% | 10     | 90,9%  | 224   | 94,5%  |
| Total                    | 207      | 100,0% | 18         | 100,0% | 11     | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 8

|                          | Q17      |        |            |        |        |        | Total |        |
|--------------------------|----------|--------|------------|--------|--------|--------|-------|--------|
|                          | Medicina |        | Biomédicas |        | Outros |        | N     | %      |
|                          | N        | %      | N          | %      | N      | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc.  | 14       | 6,9%   | 1          | 5,9%   | 0      | 0,0%   | 15    | 6,5%   |
| Indiferente              | 52       | 25,5%  | 3          | 17,6%  | 1      | 9,1%   | 56    | 24,1%  |
| Q8 Concord./conc.plenam. | 138      | 67,6%  | 13         | 76,5%  | 10     | 90,9%  | 161   | 69,4%  |
| Total                    | 204      | 100,0% | 17         | 100,0% | 11     | 100,0% | 232   | 100,0% |

Não aplicável.

### Cruzamentos com a questão 18

#### Questão 1

|                          | Q18            |        |                  |        |                   |        |                |        | Total |        |
|--------------------------|----------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                          | 1 'Até 5 anos' |        | 2 'Entre 5 e 10' |        | 3 'Entre 10 e 20' |        | 4 'Mais de 20' |        | N     | %      |
|                          | N              | %      | N                | %      | N                 | %      | N              | %      |       |        |
| Q1 Indiferente           | 0              | 0,0%   | 0                | 0,0%   | 1                 | 1,8%   | 0              | 0,0%   | 1     | 0,4%   |
| Q1 Concord./conc.plenam. | 37             | 100,0% | 34               | 100,0% | 56                | 98,2%  | 107            | 100,0% | 234   | 99,6%  |
| Total                    | 37             | 100,0% | 34               | 100,0% | 57                | 100,0% | 107            | 100,0% | 235   | 100,0% |

Não aplicável.

## Questão 2

|                         | Q18            |        |                  |        |                   |        |                |        | Total |        |
|-------------------------|----------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 5 anos' |        | 2 'Entre 5 e 10' |        | 3 'Entre 10 e 20' |        | 4 'Mais de 20' |        |       |        |
|                         | N              | %      | N                | %      | N                 | %      | N              | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc. | 9              | 24,3%  | 6                | 17,6%  | 6                 | 10,3%  | 15             | 13,9%  | 36    | 15,2%  |
| Q2 Indiferente          | 14             | 37,8%  | 10               | 29,4%  | 32                | 55,2%  | 44             | 40,7%  | 100   | 42,2%  |
| Concord./conc.plenam.   | 14             | 37,8%  | 18               | 52,9%  | 20                | 34,5%  | 49             | 45,4%  | 101   | 42,6%  |
| Total                   | 37             | 100,0% | 34               | 100,0% | 58                | 100,0% | 108            | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p$ ) = 0,164

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 2 e tempo de formado.

## Questão 3

|                         | Q18            |        |                  |        |                   |        |                |        | Total |        |
|-------------------------|----------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 5 anos' |        | 2 'Entre 5 e 10' |        | 3 'Entre 10 e 20' |        | 4 'Mais de 20' |        |       |        |
|                         | N              | %      | N                | %      | N                 | %      | N              | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc. | 17             | 45,9%  | 18               | 52,9%  | 34                | 58,6%  | 47             | 43,5%  | 116   | 48,9%  |
| Q3 Indiferente          | 16             | 43,2%  | 12               | 35,3%  | 17                | 29,3%  | 40             | 37,0%  | 85    | 35,9%  |
| Concord./conc.plenam.   | 4              | 10,8%  | 4                | 11,8%  | 7                 | 12,1%  | 21             | 19,4%  | 36    | 15,2%  |
| Total                   | 37             | 100,0% | 34               | 100,0% | 58                | 100,0% | 108            | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p$ ) = 0,466

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 3 e tempo de formado.

## Questão 4

|                         | Q18            |        |                  |        |                   |        |                |        | Total |        |
|-------------------------|----------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 5 anos' |        | 2 'Entre 5 e 10' |        | 3 'Entre 10 e 20' |        | 4 'Mais de 20' |        |       |        |
|                         | N              | %      | N                | %      | N                 | %      | N              | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc. | 0              | 0,0%   | 0                | 0,0%   | 0                 | 0,0%   | 2              | 1,9%   | 2     | 0,8%   |
| Q4 Indiferente          | 1              | 2,7%   | 3                | 8,8%   | 4                 | 6,9%   | 2              | 1,9%   | 10    | 4,2%   |
| Concord./conc.plenam.   | 36             | 97,3%  | 31               | 91,2%  | 54                | 93,1%  | 103            | 96,3%  | 224   | 94,9%  |
| Total                   | 37             | 100,0% | 34               | 100,0% | 58                | 100,0% | 107            | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

## Questão 5



|                         | Q18            |        |                  |        |                   |        |                |        | Total |        |
|-------------------------|----------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 5 anos' |        | 2 'Entre 5 e 10' |        | 3 'Entre 10 e 20' |        | 4 'Mais de 20' |        | N     | %      |
|                         | N              | %      | N                | %      | N                 | %      | N              | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 6              | 18,8%  | 10               | 29,4%  | 21                | 36,8%  | 31             | 31,3%  | 68    | 30,6%  |
| Q5 Indiferente          | 13             | 40,6%  | 14               | 41,2%  | 23                | 40,4%  | 30             | 30,3%  | 80    | 36,0%  |
| Concord./conc.plenam.   | 13             | 40,6%  | 10               | 29,4%  | 13                | 22,8%  | 38             | 38,4%  | 74    | 33,3%  |
| Total                   | 32             | 100,0% | 34               | 100,0% | 57                | 100,0% | 99             | 100,0% | 222   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,305

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 5 e tempo de formado.

Embora não significativa, observa-se uma tendência de aumento na discordância conforme mais tempo de formado.

### Questão 6

|                         | Q18            |        |                  |        |                   |        |                |        | Total |        |
|-------------------------|----------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 5 anos' |        | 2 'Entre 5 e 10' |        | 3 'Entre 10 e 20' |        | 4 'Mais de 20' |        | N     | %      |
|                         | N              | %      | N                | %      | N                 | %      | N              | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 6              | 17,1%  | 7                | 21,2%  | 7                 | 12,5%  | 12             | 11,8%  | 32    | 14,2%  |
| Q6 Indiferente          | 12             | 34,3%  | 6                | 18,2%  | 15                | 26,8%  | 16             | 15,7%  | 49    | 21,7%  |
| Concord./conc.plenam.   | 17             | 48,6%  | 20               | 60,6%  | 34                | 60,7%  | 74             | 72,5%  | 145   | 64,2%  |
| Total                   | 35             | 100,0% | 33               | 100,0% | 56                | 100,0% | 102            | 100,0% | 226   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,141

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 6 e tempo de formado.

### Questão 7

|                         | Q18            |        |                  |        |                   |        |                |        | Total |        |
|-------------------------|----------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 5 anos' |        | 2 'Entre 5 e 10' |        | 3 'Entre 10 e 20' |        | 4 'Mais de 20' |        | N     | %      |
|                         | N              | %      | N                | %      | N                 | %      | N              | %      |       |        |
| Discordo plenam / disc. | 1              | 2,7%   | 2                | 5,9%   | 0                 | 0,0%   | 0              | 0,0%   | 3     | 1,3%   |
| Q7 Indiferente          | 5              | 13,5%  | 1                | 2,9%   | 2                 | 3,4%   | 1              | 0,9%   | 9     | 3,8%   |
| Concord./conc.plenam.   | 31             | 83,8%  | 31               | 91,2%  | 56                | 96,6%  | 106            | 99,1%  | 224   | 94,9%  |
| Total                   | 37             | 100,0% | 34               | 100,0% | 58                | 100,0% | 107            | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 8

|                         | Q18            |        |                  |        |                   |        |                |        | Total |        |
|-------------------------|----------------|--------|------------------|--------|-------------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Até 5 anos' |        | 2 'Entre 5 e 10' |        | 3 'Entre 10 e 20' |        | 4 'Mais de 20' |        |       |        |
|                         | N              | %      | N                | %      | N                 | %      | N              | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc. | 3              | 9,1%   | 5                | 14,7%  | 2                 | 3,4%   | 5              | 4,7%   | 15    | 6,5%   |
| Q8 Indiferente          | 7              | 21,2%  | 7                | 20,6%  | 17                | 29,3%  | 25             | 23,4%  | 56    | 24,1%  |
| Concord./conc.plenam.   | 23             | 69,7%  | 22               | 64,7%  | 39                | 67,2%  | 77             | 72,0%  | 161   | 69,4%  |
| Total                   | 33             | 100,0% | 34               | 100,0% | 58                | 100,0% | 107            | 100,0% | 232   | 100,0% |

Não aplicável.

### **Cruzamentos com a questão 19**

#### **Questão 1**

|                       | Q19                           |        |              |        |               |        |                   |        |                    |        | Total |        |
|-----------------------|-------------------------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|-------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|
|                       | 1 'Especialização/Residência' |        | 2 'Mestrado' |        | 3 'Doutorado' |        | 4 'Pós-doutorado' |        | 5 'Livre docência' |        |       |        |
|                       | N                             | %      | N            | %      | N             | %      | N                 | %      | N                  | %      | N     | %      |
| Q1 Indiferente        | 1                             | 1,5%   | 0            | 0,0%   | 0             | 0,0%   | 0                 | 0,0%   | 0                  | 0,0%   | 1     | 0,4%   |
| Concord./conc.plenam. | 65                            | 98,5%  | 49           | 100,0% | 78            | 100,0% | 15                | 100,0% | 27                 | 100,0% | 234   | 99,6%  |
| Total                 | 66                            | 100,0% | 49           | 100,0% | 78            | 100,0% | 15                | 100,0% | 27                 | 100,0% | 235   | 100,0% |

Não aplicável.

#### **Questão 2**

|                         | Q19                           |        |              |        |               |        |                   |        |                    |        | Total |        |
|-------------------------|-------------------------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|-------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|
|                         | 1 'Especialização/Residência' |        | 2 'Mestrado' |        | 3 'Doutorado' |        | 4 'Pós-doutorado' |        | 5 'Livre docência' |        |       |        |
|                         | N                             | %      | N            | %      | N             | %      | N                 | %      | N                  | %      | N     | %      |
| Discordo plenam / disc. | 12                            | 18,2%  | 5            | 10,2%  | 12            | 15,2%  | 4                 | 25,0%  | 3                  | 11,1%  | 36    | 15,2%  |
| Q2 Indiferente          | 27                            | 40,9%  | 26           | 53,1%  | 31            | 39,2%  | 6                 | 37,5%  | 10                 | 37,0%  | 100   | 42,2%  |
| Concord./conc.plenam.   | 27                            | 40,9%  | 18           | 36,7%  | 36            | 45,6%  | 6                 | 37,5%  | 14                 | 51,9%  | 101   | 42,6%  |
| Total                   | 66                            | 100,0% | 49           | 100,0% | 79            | 100,0% | 16                | 100,0% | 27                 | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p = 0,697$ )

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 2 e titulação acadêmica.

#### **Questão 3**

|       |                         | Q19                           |        |              |        |               |        |                   |        |                    |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-------------------------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|-------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|
|       |                         | 1 'Especialização/Residência' |        | 2 'Mestrado' |        | 3 'Doutorado' |        | 4 'Pós-doutorado' |        | 5 'Livre docência' |        | N     | %      |
|       |                         | N                             | %      | N            | %      | N             | %      | N                 | %      | N                  | %      |       |        |
| Q3    | Discordo plenam / disc. | 32                            | 48,5%  | 26           | 53,1%  | 40            | 50,6%  | 4                 | 25,0%  | 14                 | 51,9%  | 116   | 48,9%  |
|       | Indiferente             | 21                            | 31,8%  | 17           | 34,7%  | 30            | 38,0%  | 6                 | 37,5%  | 11                 | 40,7%  | 85    | 35,9%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 13                            | 19,7%  | 6            | 12,2%  | 9             | 11,4%  | 6                 | 37,5%  | 2                  | 7,4%   | 36    | 15,2%  |
| Total |                         | 66                            | 100,0% | 49           | 100,0% | 79            | 100,0% | 16                | 100,0% | 27                 | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,203

Não significante. Não houve relação significante entre questão 3 e titulação acadêmica.

#### Questão 4

|       |                         | Q19                           |        |              |        |               |        |                   |        |                    |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-------------------------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|-------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|
|       |                         | 1 'Especialização/Residência' |        | 2 'Mestrado' |        | 3 'Doutorado' |        | 4 'Pós-doutorado' |        | 5 'Livre docência' |        | N     | %      |
|       |                         | N                             | %      | N            | %      | N             | %      | N                 | %      | N                  | %      |       |        |
| Q4    | Discordo plenam / disc. | 0                             | 0,0%   | 0            | 0,0%   | 0             | 0,0%   | 1                 | 6,3%   | 1                  | 3,7%   | 2     | 0,8%   |
|       | Indiferente             | 2                             | 3,0%   | 2            | 4,1%   | 4             | 5,1%   | 2                 | 12,5%  | 0                  | 0,0%   | 10    | 4,2%   |
|       | Concord./conc.plenam.   | 64                            | 97,0%  | 47           | 95,9%  | 74            | 94,9%  | 13                | 81,3%  | 26                 | 96,3%  | 224   | 94,9%  |
| Total |                         | 66                            | 100,0% | 49           | 100,0% | 78            | 100,0% | 16                | 100,0% | 27                 | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

#### Questão 5

|       |                         | Q19                           |        |              |        |               |        |                   |        |                    |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-------------------------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|-------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|
|       |                         | 1 'Especialização/Residência' |        | 2 'Mestrado' |        | 3 'Doutorado' |        | 4 'Pós-doutorado' |        | 5 'Livre docência' |        | N     | %      |
|       |                         | N                             | %      | N            | %      | N             | %      | N                 | %      | N                  | %      |       |        |
| Q5    | Discordo plenam / disc. | 16                            | 26,2%  | 11           | 23,9%  | 28            | 36,4%  | 8                 | 61,5%  | 5                  | 20,0%  | 68    | 30,6%  |
|       | Indiferente             | 22                            | 36,1%  | 22           | 47,8%  | 22            | 28,6%  | 3                 | 23,1%  | 11                 | 44,0%  | 80    | 36,0%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 23                            | 37,7%  | 13           | 28,3%  | 27            | 35,1%  | 2                 | 15,4%  | 9                  | 36,0%  | 74    | 33,3%  |
| Total |                         | 61                            | 100,0% | 46           | 100,0% | 77            | 100,0% | 13                | 100,0% | 25                 | 100,0% | 222   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,113

Não significante. Não houve relação significante entre questão 5 e titulação acadêmica.

#### Questão 6

|       |                         | Q19                           |        |              |        |               |        |                   |        |                    |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-------------------------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|-------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|
|       |                         | 1 'Especialização/Residência' |        | 2 'Mestrado' |        | 3 'Doutorado' |        | 4 'Pós-doutorado' |        | 5 'Livre docência' |        | N     | %      |
|       |                         | N                             | %      | N            | %      | N             | %      | N                 | %      | N                  | %      |       |        |
| Q6    | Discordo plenam / disc. | 8                             | 12,7%  | 6            | 12,2%  | 13            | 17,6%  | 2                 | 14,3%  | 3                  | 11,5%  | 32    | 14,2%  |
|       | Indiferente             | 16                            | 25,4%  | 8            | 16,3%  | 17            | 23,0%  | 3                 | 21,4%  | 5                  | 19,2%  | 49    | 21,7%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 39                            | 61,9%  | 35           | 71,4%  | 44            | 59,5%  | 9                 | 64,3%  | 18                 | 69,2%  | 145   | 64,2%  |
| Total |                         | 63                            | 100,0% | 49           | 100,0% | 74            | 100,0% | 14                | 100,0% | 26                 | 100,0% | 226   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,938

Não significante. Não houve relação significante entre questão 6 e titulação acadêmica.

### Questão 7

|       |                         | Q19                           |        |              |        |               |        |                   |        |                    |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-------------------------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|-------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|
|       |                         | 1 'Especialização/Residência' |        | 2 'Mestrado' |        | 3 'Doutorado' |        | 4 'Pós-doutorado' |        | 5 'Livre docência' |        | N     | %      |
|       |                         | N                             | %      | N            | %      | N             | %      | N                 | %      | N                  | %      |       |        |
| Q7    | Discordo plenam / disc. | 2                             | 3,0%   | 1            | 2,0%   | 0             | 0,0%   | 0                 | 0,0%   | 0                  | 0,0%   | 3     | 1,3%   |
|       | Indiferente             | 5                             | 7,6%   | 1            | 2,0%   | 1             | 1,3%   | 1                 | 6,3%   | 1                  | 3,7%   | 9     | 3,8%   |
|       | Concord./conc.plenam.   | 59                            | 89,4%  | 47           | 95,9%  | 77            | 98,7%  | 15                | 93,8%  | 26                 | 96,3%  | 224   | 94,9%  |
| Total |                         | 66                            | 100,0% | 49           | 100,0% | 78            | 100,0% | 16                | 100,0% | 27                 | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 8

|       |                         | Q19                           |        |              |        |               |        |                   |        |                    |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-------------------------------|--------|--------------|--------|---------------|--------|-------------------|--------|--------------------|--------|-------|--------|
|       |                         | 1 'Especialização/Residência' |        | 2 'Mestrado' |        | 3 'Doutorado' |        | 4 'Pós-doutorado' |        | 5 'Livre docência' |        | N     | %      |
|       |                         | N                             | %      | N            | %      | N             | %      | N                 | %      | N                  | %      |       |        |
| Q8    | Discordo plenam / disc. | 8                             | 12,9%  | 4            | 8,2%   | 2             | 2,6%   | 0                 | 0,0%   | 1                  | 3,7%   | 15    | 6,5%   |
|       | Indiferente             | 16                            | 25,8%  | 10           | 20,4%  | 21            | 26,9%  | 5                 | 31,3%  | 4                  | 14,8%  | 56    | 24,1%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 38                            | 61,3%  | 35           | 71,4%  | 55            | 70,5%  | 11                | 68,8%  | 22                 | 81,5%  | 161   | 69,4%  |
| Total |                         | 62                            | 100,0% | 49           | 100,0% | 78            | 100,0% | 16                | 100,0% | 27                 | 100,0% | 232   | 100,0% |

Não aplicável.

### Cruzamentos com a questão 20

### Questão 1

|       |                       | Q20               |        |                            |        |               |        |           |        | Total |        |
|-------|-----------------------|-------------------|--------|----------------------------|--------|---------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
|       |                       | Prof. / visitante |        | Profissional Cont./Volunt. |        | Pós graduando |        | Residente |        |       |        |
|       |                       | N                 | %      | N                          | %      | N             | %      | N         | %      | N     | %      |
| Q1    | Indiferente           | 0                 | 0,0%   | 0                          | 0,0%   | 1             | 3,0%   | 0         | 0,0%   | 1     | 0,4%   |
|       | Concord./conc.plenam. | 76                | 100,0% | 97                         | 100,0% | 32            | 97,0%  | 29        | 100,0% | 234   | 99,6%  |
| Total |                       | 76                | 100,0% | 97                         | 100,0% | 33            | 100,0% | 29        | 100,0% | 235   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 2

|       |                         | Q20               |        |                            |        |               |        |           |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-------------------|--------|----------------------------|--------|---------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
|       |                         | Prof. / visitante |        | Profissional Cont./Volunt. |        | Pós graduando |        | Residente |        |       |        |
|       |                         | N                 | %      | N                          | %      | N             | %      | N         | %      | N     | %      |
| Q2    | Discordo plenam / disc. | 12                | 15,4%  | 14                         | 14,4%  | 4             | 12,1%  | 6         | 20,7%  | 36    | 15,2%  |
|       | Indiferente             | 31                | 39,7%  | 44                         | 45,4%  | 13            | 39,4%  | 12        | 41,4%  | 100   | 42,2%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 35                | 44,9%  | 39                         | 40,2%  | 16            | 48,5%  | 11        | 37,9%  | 101   | 42,6%  |
| Total |                         | 78                | 100,0% | 97                         | 100,0% | 33            | 100,0% | 29        | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p$ ) = 0,931

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 2 e o vínculo com a UNIFESP.

### Questão 3

|       |                         | Q20a              |        |                            |        |               |        |           |        | Total |        |
|-------|-------------------------|-------------------|--------|----------------------------|--------|---------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
|       |                         | Prof. / visitante |        | Profissional Cont./Volunt. |        | Pós graduando |        | Residente |        |       |        |
|       |                         | N                 | %      | N                          | %      | N             | %      | N         | %      | N     | %      |
| Q3    | Discordo plenam / disc. | 36                | 46,2%  | 50                         | 51,5%  | 14            | 42,4%  | 16        | 55,2%  | 116   | 48,9%  |
|       | Indiferente             | 31                | 39,7%  | 31                         | 32,0%  | 12            | 36,4%  | 11        | 37,9%  | 85    | 35,9%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 11                | 14,1%  | 16                         | 16,5%  | 7             | 21,2%  | 2         | 6,9%   | 36    | 15,2%  |
| Total |                         | 78                | 100,0% | 97                         | 100,0% | 33            | 100,0% | 29        | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p$ ) = 0,701

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 3 e o vínculo com a UNIFESP.

### Questão 4

|    |                         | Q20               |        |                               |        |               |        |           |        | Total |        |
|----|-------------------------|-------------------|--------|-------------------------------|--------|---------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
|    |                         | Prof. / visitante |        | Profissional<br>Cont./Volunt. |        | Pós graduando |        | Residente |        | N     | %      |
|    |                         | N                 | %      | N                             | %      | N             | %      | N         | %      | N     | %      |
|    | Discordo plenam / disc. | 2                 | 2,6%   | 0                             | 0,0%   | 0             | 0,0%   | 0         | 0,0%   | 2     | 0,8%   |
| Q4 | Indiferente             | 3                 | 3,8%   | 4                             | 4,2%   | 2             | 6,1%   | 1         | 3,4%   | 10    | 4,2%   |
|    | Concord./conc.plenam.   | 73                | 93,6%  | 92                            | 95,8%  | 31            | 93,9%  | 28        | 96,6%  | 224   | 94,9%  |
|    | Total                   | 78                | 100,0% | 96                            | 100,0% | 33            | 100,0% | 29        | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 5

|    |                         | Q20               |        |                               |        |               |        |           |        | Total |        |
|----|-------------------------|-------------------|--------|-------------------------------|--------|---------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
|    |                         | Prof. / visitante |        | Profissional<br>Cont./Volunt. |        | Pós graduando |        | Residente |        | N     | %      |
|    |                         | N                 | %      | N                             | %      | N             | %      | N         | %      | N     | %      |
|    | Discordo plenam / disc. | 23                | 32,4%  | 34                            | 36,6%  | 6             | 20,7%  | 5         | 17,2%  | 68    | 30,6%  |
| Q5 | Indiferente             | 26                | 36,6%  | 26                            | 28,0%  | 15            | 51,7%  | 13        | 44,8%  | 80    | 36,0%  |
|    | Concord./conc.plenam.   | 22                | 31,0%  | 33                            | 35,5%  | 8             | 27,6%  | 11        | 37,9%  | 74    | 33,3%  |
|    | Total                   | 71                | 100,0% | 93                            | 100,0% | 29            | 100,0% | 29        | 100,0% | 222   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p$ ) = 0,186.

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 5 e o vínculo com a UNIFESP.

### Questão 6

|    |                         | Q20               |              |                               |              |               |              |           |              | Total |        |
|----|-------------------------|-------------------|--------------|-------------------------------|--------------|---------------|--------------|-----------|--------------|-------|--------|
|    |                         | Prof. / visitante |              | Profissional<br>Cont./Volunt. |              | Pós graduando |              | Residente |              | N     | %      |
|    |                         | N                 | %            | N                             | %            | N             | %            | N         | %            | N     | %      |
|    | Discordo plenam / disc. | 9                 | 12,3%        | 12                            | 12,6%        | 8             | 25,8%        | 3         | 11,1%        | 32    | 14,2%  |
| Q6 | Indiferente             | 14                | 19,2%        | 19                            | 20,0%        | 4             | 12,9%        | <b>12</b> | <b>44,4%</b> | 49    | 21,7%  |
|    | Concord./conc.plenam.   | <b>50</b>         | <b>68,5%</b> | <b>64</b>                     | <b>67,4%</b> | <b>19</b>     | <b>61,3%</b> | 12        | 44,4%        | 145   | 64,2%  |
|    | Total                   | 73                | 100,0%       | 95                            | 100,0%       | 31            | 100,0%       | 27        | 100,0%       | 226   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p$ ) = 0,037 \*.

Significante. A maioria dos residentes se mostrou indiferente à questão. Já os demais grupos estiveram mais associados à concordância.

### Questão 7

|                       | Q20                     |        |                               |        |               |        |           |        | Total |        |
|-----------------------|-------------------------|--------|-------------------------------|--------|---------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
|                       | Prof. / visitante       |        | Profissional<br>Cont./Volunt. |        | Pós graduando |        | Residente |        | N     | %      |
|                       | N                       | %      | N                             | %      | N             | %      | N         | %      |       |        |
|                       | Discordo plenam / disc. | 0      | 0,0%                          | 0      | 0,0%          | 2      | 6,1%      | 1      | 3,4%  | 3      |
| Q7 Indiferente        | 1                       | 1,3%   | 3                             | 3,1%   | 2             | 6,1%   | 3         | 10,3%  | 9     | 3,8%   |
| Concord./conc.plenam. | 76                      | 98,7%  | 94                            | 96,9%  | 29            | 87,9%  | 25        | 86,2%  | 224   | 94,9%  |
| Total                 | 77                      | 100,0% | 97                            | 100,0% | 33            | 100,0% | 29        | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 8

|                       | Q20                     |        |                               |        |               |        |           |        | Total |        |
|-----------------------|-------------------------|--------|-------------------------------|--------|---------------|--------|-----------|--------|-------|--------|
|                       | Prof. / visitante       |        | Profissional<br>Cont./Volunt. |        | Pós graduando |        | Residente |        | N     | %      |
|                       | N                       | %      | N                             | %      | N             | %      | N         | %      |       |        |
|                       | Discordo plenam / disc. | 1      | 1,3%                          | 6      | 6,3%          | 6      | 18,8%     | 2      | 7,4%  | 15     |
| Q8 Indiferente        | 19                      | 24,7%  | 27                            | 28,1%  | 5             | 15,6%  | 5         | 18,5%  | 56    | 24,1%  |
| Concord./conc.plenam. | 57                      | 74,0%  | 63                            | 65,6%  | 21            | 65,6%  | 20        | 74,1%  | 161   | 69,4%  |
| Total                 | 77                      | 100,0% | 96                            | 100,0% | 32            | 100,0% | 27        | 100,0% | 232   | 100,0% |

Não aplicável.

### Cruzamentos com a questão 21

#### Questão 1

|                       | Q21            |        |                |        |                |        | Total |        |
|-----------------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                       | 1o. e 2o. anos |        | 3o. e 4o. anos |        | 5o. e 6o. anos |        | n     | %      |
|                       | n              | %      | n              | %      | n              | %      |       |        |
| Q1 Indiferente        | 0              | 0,0%   | 0              | 0,0%   | 1              | 0,8%   | 1     | 0,4%   |
| Concord./conc.plenam. | 35             | 100,0% | 75             | 100,0% | 124            | 99,2%  | 234   | 99,6%  |
| Total                 | 35             | 100,0% | 75             | 100,0% | 125            | 100,0% | 235   | 100,0% |

Não aplicável.

#### Questão 2

|                            | Q21            |        |                |        |                |        | Total |        |
|----------------------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                            | 1o. e 2o. anos |        | 3o. e 4o. anos |        | 5o. e 6o. anos |        | n     | %      |
|                            | n              | %      | n              | %      | n              | %      |       |        |
| Q2 Discordo plenam / disc. | 5              | 13,9%  | 8              | 10,7%  | 23             | 18,3%  | 36    | 15,2%  |
| Indiferente                | 15             | 41,7%  | 31             | 41,3%  | 54             | 42,9%  | 100   | 42,2%  |
| Concord./conc.plenam.      | 16             | 44,4%  | 36             | 48,0%  | 49             | 38,9%  | 101   | 42,6%  |
| Total                      | 36             | 100,0% | 75             | 100,0% | 126            | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p$ ) = 0,591

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 2 e momento de contato com a graduação.

### Questão 3

|                            | Q21            |        |                |        |                |        | Total |        |
|----------------------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                            | 1o. e 2o. anos |        | 3o. e 4o. anos |        | 5o. e 6o. anos |        | n     | %      |
|                            | n              | %      | n              | %      | n              | %      |       |        |
| Q3 Discordo plenam / disc. | 19             | 52,8%  | 32             | 42,7%  | 65             | 51,6%  | 116   | 48,9%  |
| Indiferente                | 12             | 33,3%  | 32             | 42,7%  | 41             | 32,5%  | 85    | 35,9%  |
| Concord./conc.plenam.      | 5              | 13,9%  | 11             | 14,7%  | 20             | 15,9%  | 36    | 15,2%  |
| Total                      | 36             | 100,0% | 75             | 100,0% | 126            | 100,0% | 237   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado ( $p$ ) = 0,662

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 3 e momento de contato com a graduação.

### Questão 4

|                            | Q21            |        |                |        |                |        | Total |        |
|----------------------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                            | 1o. e 2o. anos |        | 3o. e 4o. anos |        | 5o. e 6o. anos |        | n     | %      |
|                            | n              | %      | n              | %      | n              | %      |       |        |
| Q4 Discordo plenam / disc. | 1              | 2,8%   | 0              | 0,0%   | 1              | 0,8%   | 2     | 0,8%   |
| Indiferente                | 2              | 5,6%   | 4              | 5,4%   | 4              | 3,2%   | 10    | 4,2%   |
| Concord./conc.plenam.      | 33             | 91,7%  | 70             | 94,6%  | 121            | 96,0%  | 224   | 94,9%  |
| Total                      | 36             | 100,0% | 74             | 100,0% | 126            | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 5



|                            | Q21            |        |                |        |                |        | Total |        |
|----------------------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                            | 1o. e 2o. anos |        | 3o. e 4o. anos |        | 5o. e 6o. anos |        | n     | %      |
|                            | n              | %      | n              | %      | n              | %      |       |        |
| Q5 Discordo plenam / disc. | 8              | 27,6%  | 21             | 28,0%  | 39             | 33,1%  | 68    | 30,6%  |
| Indiferente                | 7              | 24,1%  | 29             | 38,7%  | 44             | 37,3%  | 80    | 36,0%  |
| Concord./conc.plenam.      | 14             | 48,3%  | 25             | 33,3%  | 35             | 29,7%  | 74    | 33,3%  |
| Total                      | 29             | 100,0% | 75             | 100,0% | 118            | 100,0% | 222   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,375

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 5 e momento de contato com a graduação.

### Questão 6

|                            | Q21            |        |                |        |                |        | Total |        |
|----------------------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                            | 1o. e 2o. anos |        | 3o. e 4o. anos |        | 5o. e 6o. anos |        | n     | %      |
|                            | n              | %      | n              | %      | n              | %      |       |        |
| Q6 Discordo plenam / disc. | 5              | 16,7%  | 12             | 16,2%  | 15             | 12,3%  | 32    | 14,2%  |
| Indiferente                | 5              | 16,7%  | 15             | 20,3%  | 29             | 23,8%  | 49    | 21,7%  |
| Concord./conc.plenam.      | 20             | 66,7%  | 47             | 63,5%  | 78             | 63,9%  | 145   | 64,2%  |
| Total                      | 30             | 100,0% | 74             | 100,0% | 122            | 100,0% | 226   | 100,0% |

Teste de qui-quadrado (p) = 0,853

Não significativa. Não houve relação significativa entre questão 5 e momento de contato com a graduação.

### Questão 7

|                            | Q21            |        |                |        |                |        | Total |        |
|----------------------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|                            | 1o. e 2o. anos |        | 3o. e 4o. anos |        | 5o. e 6o. anos |        | n     | %      |
|                            | n              | %      | n              | %      | n              | %      |       |        |
| Q7 Discordo plenam / disc. | 0              | 0,0%   | 0              | 0,0%   | 3              | 2,4%   | 3     | 1,3%   |
| Indiferente                | 2              | 5,6%   | 4              | 5,3%   | 3              | 2,4%   | 9     | 3,8%   |
| Concord./conc.plenam.      | 34             | 94,4%  | 71             | 94,7%  | 119            | 95,2%  | 224   | 94,9%  |
| Total                      | 36             | 100,0% | 75             | 100,0% | 125            | 100,0% | 236   | 100,0% |

Não aplicável.

### Questão 8

|       |                         | Q21            |        |                |        |                |        | Total |        |
|-------|-------------------------|----------------|--------|----------------|--------|----------------|--------|-------|--------|
|       |                         | 1o. e 2o. anos |        | 3o. e 4o. anos |        | 5o. e 6o. anos |        |       |        |
|       |                         | n              | %      | n              | %      | n              | %      | n     | %      |
| Q8    | Discordo plenam / disc. | 1              | 2,9%   | 2              | 2,7%   | 12             | 9,8%   | 15    | 6,5%   |
|       | Indiferente             | 5              | 14,3%  | 21             | 28,0%  | 30             | 24,6%  | 56    | 24,1%  |
|       | Concord./conc.plenam.   | 29             | 82,9%  | 52             | 69,3%  | 80             | 65,6%  | 161   | 69,4%  |
| Total |                         | 35             | 100,0% | 75             | 100,0% | 122            | 100,0% | 232   | 100,0% |

Não aplicável.