



Revista Brasileira de Bioética

**Márcio Rodrigues de Castro**

Universidade José do Rosário Vellano  
– campus Belo Horizonte), Mestrado  
Profissional em Ensino em Saúde.  
Belo Horizonte, Brasil  
marcioinfecto@terra.com.br  
<https://orcid.org/0000-0001-7180-555X>

**Alexandre de Araújo Pereira**

Universidade José do Rosário Vellano  
– campus Belo Horizonte), Mestrado  
Profissional em Ensino em Saúde.  
Belo Horizonte, Brasil  
alex68@uol.com.br  
<https://orcid.org/0000-0002-4166-9312>

**Patrícia Unger Raphael  
Bataglia**

Universidade Estadual Paulista –  
campus de Marília. São Paulo, Brasil  
patriciaurbataglia@gmail.com  
<https://orcid.org/0000-0002-2575-3020>

## Ética do cuidado – Revisitando a ética na educação médica

*Care Ethics - Revisiting ethics in medical education*

**Resumo:** O ensino da ética permanece insuficiente para promover o desenvolvimento moral adequado, com estagnação ou declínio moral durante a graduação médica. Este estudo tem como objetivos discutir os conceitos de ética e moral aplicados à educação médica, focando a Ética do Cuidado como um modelo contemporâneo para abordagem da ética na educação e prática médica. **Método:** revisão reflexiva e narrativa da literatura discutindo a formação ética na graduação médica. **Resultados e Discussão:** há dissociação entre propostas curriculares e a formação ética, com lacunas relacionadas à abordagem conceitual e as estratégias de ensino. As abordagens da ética, por ampla gama de conceitos, habilidades ou valores, são fragmentadas, heterogêneas e relegadas ao currículo oculto. No olhar contemporâneo, a ética médica compreende muito além de mecanismos normativo ou formal, mas reflete uma práxis profissional, humanizada, centrada no cuidar do paciente em sua integralidade, individual e socialmente. A Ética do Cuidado representa a síntese dos valores morais aplicados à prática médica, contemplando virtudes morais, prudência, justiça, respeito à autonomia, à liberdade e à democracia, sendo imprescindíveis habilidades como empatia e alto nível de raciocínio moral. **Conclusões:** o atual modelo educacional tem sido insuficiente para propiciar adequado desenvolvimento da competência moral dos estudantes de medicina. Para tal, a formação ética demanda estratégias mais reflexivas, com referência à Ética do Cuidado.

**Palavras-chave:** Ética do cuidado. Formação profissional. Competência moral. Educação médica. Ética médica.

**Abstract:** The teaching of ethics remains insufficient to promote adequate moral development, with moral stagnation or decline has been reported during medical degree. This study aims to discuss the concepts of ethics and moral applied in medical education and focusing on the Ethics of Care, as a contemporary model for approaching ethics in medical education and practice. **Methods:** reflective and narrative review of the literature discussing ethics training in medical education. **Results and Discussion:** there is dissociation between curriculum issues and ethical training, with gaps related to the conceptual approach and teaching strategies. Approaches to teaching ethics, by wide range of concepts, skills or values, are fragmented, heterogeneous and often relegated to the hidden curriculum. In a contemporary view, the medical ethics goes beyond a normative or formal mechanism, but reflects a professional, humanized and patient-centered praxis, in its integrality, individually and socially. The Ethics of Care represent the synthesis of the moral values applied to medical practice, contemplating the moral virtues, prudence, justice, respect for autonomy, freedom and democracy. For this purpose, skills such as empathy and development of a high level of moral reasoning. **Conclusions:** the current teaching model has been insufficient to provide adequate development of the moral competence of medical students. For this, the ethical education needs more reflexive strategies, as referred to as Ethics of care.

**Keywords:** Ethics of care. Professional training. Moral competence. Medical ethics. Medical education.

## Introdução

A ética é objeto constante de debate, especialmente na medicina, em cuja formação e exercício se observam elevadas exigências e expectativas morais. Entretanto, o desenvolvimento moral parece não ter acompanhado o desenvolvimento técnico-científico da medicina no último século. Desde o “Relatório Flexner” (Cooke, Irby, Sullivan, Ludmerer, 2006), marco da educação médica do início do século XX, as faculdades de medicina deram ênfase aos aspectos científicos e assistenciais, muitas vezes, em detrimento do desenvolvimento moral do estudante de medicina. Nesse período, a formação ética se manteve desarticulada e delegada ao “currículo oculto” (Eckles, Meslin, Gaffney, Helft, 2005). O panorama atual sugere que a graduação médica parece não propiciar a formação de profissionais suficientemente capacitados a enfrentar os desafios éticos da sociedade contemporânea (Rego, 2003). Vários estudos sugerem que a graduação médica não tem favorecido o desenvolvimento moral esperado, podendo resultar em estagnação ou até declínio moral (Eckles, Meslin, Gaffney, Helft, 2005; Self, Baldwin, Wolinsky, 1996, Feitosa et al. 2013; Patenaude, Niyonsenga, Fafard, 2003; Self, Baldwin, 1998; Lind, 2000; Feudtner, Christakis, Christakis 1994).

Nas últimas décadas, o debate da Ética Médica retomou o tema com novos contornos, aliando abordagens no contexto acadêmico à maior demanda pela sociedade. Nesse ínterim têm surgido discussões sobre reestruturação dos currículos de graduação médica, nas quais a formação ética tem sido mais valorizada, contemplando uma formação médica alinhada a princípios éticos, reflexivos e humanísticos (Brasil, 2014). Em uma visão mais contemporânea, a ética tem sido destacada com valores relativos às “humanidades médicas”, profissionalismo e responsabilidade social ou *accountability* (Doukas, McCullough, Wear, 2012; Mahajan et al. 2016). Ou ainda, como a Ética do Cuidado (Silva, 2001) sob uma perspectiva humanista, que contempla valores como empatia e autonomia.

Diante da dissociação entre as bases curriculares da formação ética e os novos desafios impostos pela contemporaneidade, destacam-se lacunas relativas à abordagem conceitual e às estratégias educacionais e avaliativas do desenvolvimento moral da graduação médica.

Este estudo tem como objetivo discutir os conceitos de ética e moral aplicados à educação médica, focando a Ética do Cuidado como um modelo contemporâneo para abordagem da ética na educação e prática médica. Propõe, ainda, discutir as

ferramentas avaliativas e o desenvolvimento ético-moral de estudantes de medicina.

## Métodos

Este estudo discute a formação ética na graduação médica, através de revisão reflexiva e narrativa da literatura. Foram consultados artigos na PubMed e Scielo, com descritores Educação Médica, Ética Médica e Desenvolvimento Moral, no período de 2000 a 2018, estendida a fontes secundárias de períodos anteriores.

## Resultados e Discussão

### O percurso da ética à competência moral

O estudo da ética pode refletir a análise da moralidade sob diferentes aspectos, incluindo julgamento, raciocínio, competência e comportamento moral. Discutem-se alguns conceitos, através do percurso da ética, da filosofia clássica, à competência moral, na educação contemporânea.

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

Lepre (2005) esclarece didaticamente uma distinção entre ética e moral, com enfoque na educação, tendo como referenciais teóricos Kant, Piaget e Kohlberg.

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

A ética, tendo como foco a conduta moral na vida em sociedade, implica no

estudo da compreensão do comportamento humano e das condições relacionadas como o julgamento ou raciocínio moral. Pela dialética kantiana a moral é regida por três grandes princípios: “a universalidade da lei, a dignidade absoluta do indivíduo humano e a autonomia da vontade, sendo a liberdade um postulado da lei moral pautada no imperativo categórico”, cuja premissa seria “agir de forma que a máxima de nossos atos possa valer como um princípio de lei geral e não tratar as pessoas como um meio, mas como um fim em si mesmo”. (Lepre, 2005, p. 44).

Desde os anos 1970, o estudo da moralidade vem se fortalecendo, no campo acadêmico, com estudos relacionados à educação moral, à psicologia da moralidade e ao desenvolvimento moral, estudos esses, sobretudo associados às teorias cognitivo-evolutivas. De forma complementar e sustentadas em princípios kantianos como a autonomia, advieram as proposições de Piaget e Kohlberg sobre julgamento e desenvolvimento do raciocínio moral (Bataglia, Morais, Lepre, 2010). Ambas as teorias, concernentes ao desenvolvimento cognitivo da moralidade, pressupõem a noção de justiça e de interação social e ambiental, podem ser consideradas como essenciais e preditoras da conduta moral, cujas análises se prestam para avaliação de valores morais, e indiretamente éticos.

A teoria sobre o juízo moral de Piaget contempla duas tendências morais: a heteronomia e a autonomia:

A heteronomia pode ser definida como a obediência cega às regras sem, contudo, ter consciência de seu significado. Ser heterônomo é o mesmo que ser guiado por regras que vêm dos outros (hetero=outro, nomia=regra) e que não são construídas e elaboradas pelo próprio sujeito. [...] A autonomia, ao contrário, pode ser definida como o respeito a determinadas regras que o próprio indivíduo construiu para si baseado em princípios de igualdade (Lepre, 2005, p. 49).

Kohlberg, por sua vez, aprofundou os estudos sobre o desenvolvimento e classificação do raciocínio moral tendo como pressuposto as transformações das estruturas cognitivas em interação com o meio, que conduzem evolutivamente a formas superiores de equilíbrio (Bataglia, Morais, Lepre, 2010). Como exposto por Biaggio (1997):

A teoria de julgamento moral de Kohlberg é única pelo fato de postular uma sequência universal, da qual os estágios mais altos constituem o que ele chamou de pensamento pós-convencional. Ao contrário da maior parte das explicações sociais e psicológicas, que consideram a internalização de valores da sociedade

como o ponto terminal do desenvolvimento moral (perspectivas de Durkheim, Freud e do behaviorismo), para Kohlberg “a maturidade moral é atingida quando o indivíduo é capaz de entender que a justiça não é a mesma coisa que a lei; que algumas leis existentes podem ser moralmente erradas e devem, portanto, ser modificadas”. Todo indivíduo é potencialmente capaz de transcender os valores da cultura em que ele foi socializado, ao invés de incorporá-los passivamente. [...] O pensamento pós-convencional, enfatizando a democracia e os princípios individuais de consciência, parece essencial à formação da cidadania (p. 47-48).

O constructo de Kohlberg permite a classificação do raciocínio moral em seis estágios evolutivos, agrupados em três níveis, cada qual com dois subestágios, de orientação heterônoma e autônoma. Essa classificação considera como centro da moralidade a justiça e a conduta moral, que estariam interligadas ao raciocínio moral, entretanto sem contemplar as emoções (Lepre, 2005; Biaggio, 1997). Assim, tem-se sequencialmente:

- Nível pré-convencional: moralidade apoiada em interesses pessoais e medo de punição, contemplando estágios 1 e 2, respectivamente - “obediência e punição” e “individualismo”;
- Nível convencional: moral baseada em convenções e regras sociais, inclui o estágio 3 e 4 - “bom menino” e “manutenção da ordem social”;
- Nível pós-convencional: raciocínio moral guiado por princípios morais universais, com reciprocidade e igualdade, divide-se em estágio 5 “contratual-legalista” e 6, mais evoluído, caracterizado pelos “princípios éticos universais”.

Para Kohlberg (citado por Lepre, 2005), a conduta moral depende de alto nível de raciocínio moral (estágios 5/6), que determinaria bom prognóstico para a ação moral. Embora seja possível um indivíduo raciocinar alinhado a estes princípios sem viver de acordo com eles, os estudos baseados nesta teoria apontam relação entre o raciocínio e a conduta moral, incluindo dimensões como honestidade, resistência à tentação, conduta altruísta e pró-social.

Compreendendo o julgamento moral, restrito à esfera cognitiva, insuficiente para determinar a ação moral, Piaget e Kohlberg defenderam que as dimensões cognitivas e afetivas do comportamento moral são distintas, mas indissociáveis, indo além das medidas cognitivo-comportamentais. Assim, contemplando os aspectos cognitivo e

afetivo da moral, Kohlberg desenvolveu o conceito de Competência Moral, definida como “a capacidade de tomar decisões e emitir juízos morais (baseados em princípios internos) e agir de acordo com tais juízos” (Lind, 2000b, p. 404). Este constructo tem extrema importância no estudo da moralidade ao “transformar teoria e técnica em uma *práxis* que seja socialmente comprometida” e ao demonstrar a necessidade de compreender a disposição para ação moral, no contexto de conflitos morais e em situações sociais (Bataglia, Morais, Lepre, 2010).

Lind (2000b), por sua vez, sintetiza o relacionamento destes aspectos através da teoria do duplo-aspecto do desenvolvimento moral (Figura 1), onde orientação moral (aspecto afetivo) e competência moral (aspecto cognitivo) são essenciais para descrever, medir e promover o comportamento e o desenvolvimento moral. Este conceito tem importância ímpar ao combinar conceitos de ética e moralidade às teorias de ensino-aprendizagem e ao permitir avaliação do desenvolvimento moral, importantes lacunas da formação ética.



**Figura 1:** Teoria do duplo-aspecto do comportamento moral. Adaptado de Lind, 2013.

## Ética e moral na educação médica

Historicamente, o debate sobre ética médica tem implicado à prática médica uma elevada expectativa ou exigência de compromisso com a ética e a moralidade. Contudo, os valores éticos e comportamentos morais podem ser abordados sob vários olhares, compreendendo uma ampla gama de conceitos, que variam conforme a abordagem ou enfoque específico. Embora muito valorizada nas novas plataformas curriculares (Brasil, 2014), não há consenso sobre as estratégias educacionais, dada a heterogeneidade de conceitos e a variedade de abordagens curriculares. Assim, o ensino da ética continua fragmentado, heterogêneo e, frequentemente, relegado ao currículo oculto (Eckles et al., 2005, Mahajan et al. 2016, Carneiro, 2010).

Na prática ou na educação médica, a ética pode ser compreendida incluindo diversos componentes, podendo ser abordada como profissionalismo (Mahajan et al.

2016; Gadon, Glasser, 2006), ou como humanidades médicas ou virtudes (Doukas, McCullough, Wear, 2012), como altruísmo, integridade, empatia, *advocate*, respeito à privacidade e à dignidade. Ou ainda, honestidade, responsabilidade, compaixão, respeito interprofissional, autovigilância [...] segundo Eckles et al. (2005), para quem “(...) respeito, compaixão e honestidade, características fundamentais para qualquer moralidade e que todos os cuidadores médicos profissionais são esperados para abraçar”, fazem-nas aproximar da chamada prática do cuidado (Silva, 2001).

Sobre profissionalismo, Mahajan et al. (2016) esclarecem:

São os atributos, comportamentos, compromissos, valores e objetivos que caracterizam uma profissão. No profissional médico, ele envolve um forte papel social e envolve também o componente emocional. [...] o profissionalismo e a ética são adquiridos observando seus professores e preceptores e não lhes sendo ensinados formalmente. Profissionalismo e ética são previamente difundidos passivamente para os alunos através do “currículo oculto”, deixando muito ao acaso. No entanto, ao longo do tempo, tem sido defendido que os graduandos precisam ser formalmente treinados nos conceitos de profissionalismo e ética (p. 157).

Há ainda outras abordagens como bioética, ética em pesquisa, deontologia ou mesmo como forma normativa e legal, refletidas dentre outras situações pelo Código de Ética Médica (CFM, 2018), que inclui normas sobre a conduta médica, com deveres e direitos, tanto na relação com pacientes, colegas, pesquisa e administração. A visão meramente normativa, amplamente empregada, destoa da percepção filosófico-científica da ética e se confunde com seu objeto: o mundo moral.

Eckles et al. (2005), em ampla revisão sobre a educação da ética médica, observou ampla diversidade e heterogeneidade de currículos e conceitos ou valores avaliados que impediam conclusões sobre a qualidade dos programas. Foram relatadas barreiras, como a falta de tempo no currículo, falta de professores qualificados e falta de tempo nos horários dos professores. Como resultado deste processo educacional, os autores acima demonstraram ocorrência de declínio no raciocínio moral.

Quanto ao objetivo da educação em ética médica, foram encontradas duas abordagens dicotômicas - virtude versus habilidade -, uma focada em criar médicos virtuosos, outra em prover habilidades para analisar e resolver problemas éticos. Eckles et al. (2005) destacam como objetivos gerais: “examinar seus próprios compromissos morais; reconhecer aspectos humanísticos e éticos; instrumentalizar habilidades

interacionais e conhecimento filosófico, social e jurídico; além de sua aplicação no cuidado clínico” (p. 1145).

Quanto à avaliação da educação ética, os autores destacam as avaliações de habilidades de “raciocínio moral”, utilizando ferramentas derivadas da teoria de Kohlberg (Entrevista do Julgamento Moral), de “sensibilidade ética” (através de vinhetas, para avaliar a habilidade de reconhecer questões morais) ou avaliações subjetivas durante atividades de grupo. As ferramentas relacionadas às teorias de Kohlberg são amplamente citadas (Eckles et al., 2005; Self, Baldwin, Wolinsky, 1996; Self, Baldwin, 1998; Lind, 2000), apesar de abordar questões éticas não específicas ao contexto médico, destacando-se o Teste de Competência Moral (MCT) de Lind (Rego, 2003; Feitosa et al., 2013; Bataglia, Morais, Lepre, 2010; Lind, 2013).

Quanto às estratégias de ensino, Eckles et al. (2005) enfatizaram a necessidade de multidisciplinaridade, integração clínico-filosófica e melhor preparação dos professores. Relatam ainda existência de consenso no ensino da ética ser integrado ao longo do currículo, vertical e longitudinalmente, destacando discussões em pequenos grupos com debates livres, cursos eletivos e de longa duração, em detrimento de conferências e cursos intensivos. Semelhantemente, Lind (2013) e Zoboli (2010) descrevem estratégias bem-sucedidas baseadas em reflexão e discussão de dilemas éticos.

No Brasil, outras publicações indicam a importância da reorganização da estrutura curricular e das diretrizes de ensino. Carneiro et al. (2010) realizaram uma análise de conteúdo de artigos sobre a formação médica, encontrando três categorias temáticas: uma sobre valores, considerando “a ética como senso crítico, autonomia, e ética como fator de humanização das relações [...]”; a ascensão do modelo biopsicossocial e o surgimento da bioética apareceram como fatores ativadores de mudanças na educação”. Outra categoria tratou sobre aspectos pedagógicos e metodológicos, enfatizando que os modelos metodológicos, incluindo a transversalidade, as metodologias ativas e a aproximação com as ciências humanas, assim como a formação e a atitude do docente, são essenciais no processo de aprendizagem. Por fim, uma terceira focou na avaliação da aprendizagem, revelando “que o aumento da sensibilidade ética está relacionado ao tempo de exposição do aluno aos conteúdos de ética”, [...] reforçando “a importância do ensino de modo transversal durante o curso e ainda a relevância da ética aplicada à clínica de ensino” (p. 418-419).

Apesar da diversidade conceitual, a ética na educação médica poderia ser sintetizada na abordagem com foco no cuidado do paciente, suplantando os limites legais ou normativos. Incluem-se, portanto, valores tais que envolvem a postura do médico diante do paciente, como humanismo, empatia e respeito, mas também sua conduta na sociedade e o compromisso com a justiça. Para tal, além do Juramento de Hipócrates, cabe retomar o imperativo categórico kantiano, para o qual “a moral é regida pelas premissas: agir de forma que a máxima de nossos atos possa valer como um princípio de lei geral e não tratar as pessoas como um meio, mas como um fim em si mesmo” (Lepre, 2005, p. 44); e a Kohlberg, para o qual “a maturidade moral é atingida quando o indivíduo é capaz de entender que a justiça não é a mesma coisa que a lei; que algumas leis existentes podem ser moralmente erradas e devem, portanto, ser modificadas” (p. 48).

## Ética do cuidado

A “Ética do Cuidado” é discutida a partir de uma reflexão da moralidade sob o olhar contemporâneo e multidisciplinar da ética, perpassando pela filosofia, a psicologia, a medicina, a pedagogia, a neurociência, até o direito. Seu conceito consolida vários aspectos da ética e da moralidade aplicados à prática médica, e essenciais a ela, como empatia, autonomia (considerando o pensamento autônomo do médico e o respeito à autonomia do paciente), o compromisso com os direitos humanos, a cidadania e o multiculturalismo.

Este constructo, embora escasso na literatura médica, vem sendo debatido há décadas e se reflete claramente nos princípios da reestruturação do Código de Ética Médico - CEM (CFM, 2018). Ele traz para a prática médica um olhar mais específico, que mais recentemente vem passando a considerar o foco da assistência no cuidar e no acolher, tanto na esfera individual como na coletiva (Silva, 2001). Este olhar da ética traz íntima relação com a psicologia moral e o desenvolvimento do raciocínio moral de Piaget e Kohlberg, considerados pilares para formação e avaliação da formação ética, além de aplicáveis à medicina. Tal olhar considera avaliar o julgamento moral tendo a empatia como ferramenta essencial para entender, julgar e agir moralmente. Como definiu Gonçalves (2012): “(...) empatia, neste conceito, seria utilizada como ferramenta para tomada de decisões, para julgamento de certo ou errado, identificando a conduta que se enquadra no conceito de justiça e respeito aos direitos humanos” (p. 70).

Vale retomar esse debate no contexto da saúde nos anos 1990. Beauchamp defendeu na época o “Modelo de Beneficência”, refletindo o modelo tradicional de atenção médica no qual o médico exerce sua autoridade com “o objetivo de agir no melhor interesse de um outro no relacionamento” (Beauchamp, 1990). Meaney (1996), por outro lado, alegava que este modelo de atenção reduzido à “beneficência médica”, sustenta-se na relação de paternalismo e conflitua com o princípio da autonomia, defendendo o “Modelo de Autonomia”, pelo qual a relação médico-paciente “começa com conceitos de liberdade e de democracia” (p. 400), em contraste com o “Modelo de Beneficência”.

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

Alinhado ao “Modelo da Autonomia”, o Conselho Federal de Medicina (2009), com base no CEM de 2009, passou a apresentar como referencial ético a soberania do paciente, expressa no preâmbulo como a busca “de melhor relacionamento com o paciente e a garantia de maior autonomia à sua vontade”. Tais princípios são reafirmados no Capítulo I do CEM:

XXI - No processo de tomada de decisões profissionais, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, o médico aceitará as escolhas de

seus pacientes, relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas.

Na revisão do CEM (CFM, 2018), a garantia da soberania do paciente é reafirmada, sendo vedado ao médico “(...) deixar de garantir ao paciente o exercício do direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar, bem como exercer sua autoridade para limitá-lo” (Art. 24 Capítulo IV), explicitando a autonomia do paciente

até aos cuidados paliativos relacionados à terminalidade da vida:

É vedado ao médico:

Art. 31 Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte” e em caso de terminalidade

Art. 41 Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos [...] levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

Das ciências jurídicas, Gonçalves (2012) traz a discussão da Ética do Cuidado, considerando a empatia como sua pedra fundamental que, aliada a compaixão, amizade, cuidado, benevolência..., seria condição necessária à promoção tanto do convívio social e harmonia, quanto da justiça e dos direitos humanos. Teria, assim, como reflexo propiciar o sentimento de empoderamento do sujeito e “elaboração de uma autoimagem à imagem do outro” (p. 95).

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

Gonçalves (2012) traz um olhar sobre a interação entre empatia, moralidade e ética do cuidado, com a citação de filósofos contemporâneos:

Para Slote, a postura ontológica em relação à ética deve ser radical: argumenta que a empatia não é somente o elemento principal de uma teoria moral, mas o único argumento para explicar toda moralidade [...] uma ética do cuidado pode se desenvolver uma visão plausível de justiça (e autonomia e direitos) por ela própria (p. 86).

Para Hoffman (citado por Gonçalves, 2012):

[...] a empatia pode ser entendida como a capacidade cognitiva de reconhecer outros sujeitos [...] a partir da internalização de seus sentimentos, intenções e reações. [...] empatia é o mecanismo que faz com que o sujeito observador tenha uma resposta afetiva [...] o que o motiva a atuar moralmente a partir dos sentimentos alheios (p. 76).

Noddings (citado por Gonçalves, 2012) também constrói o argumento de que:

[...] na empatia [...] sentir-se em outro implica em colocar-se no lugar deste outro, e, portanto, levar para o lugar do outro as suas próprias idiossincrasias, a atitude do cuidado requer que o sujeito não apenas se ponha no lugar do outro, mas o faça de forma deslocada de si mesmo, [...] para o bem da pessoa de quem se cuida e não o seu próprio (p.78).

Pode-se, com isso, traçar um paralelo entre Ética do Cuidado e Competência Moral, considerando que ambos refletem um componente moral que contempla processos cognitivos e afetivos, e deduzir que a Ética do Cuidado imprescinde de elevada Competência Moral. Gonçalves (2012) ainda descreve, segundo Hume “as emoções secundárias, que são impressões da reflexão, têm participação direta no processo cognitivo do sujeito que profere um juízo moral, mas não representam causas genuínas para a ação moral” e mais “[...] liga diretamente a motivação às concepções de prazer e dor, algo que é explorado pela ética do cuidado...” (p.25). Estes conceitos de Hume permitem relacionar a ética do cuidado à competência moral, tal como definido por Kohlberg (Carneiro et al., 2010), já citado previamente, ou Piaget (Lepre, 2005) que definia que “os componentes afetivos e cognitivos são distintos, mas inseparáveis na emissão do juízo moral”. E segundo Noddings, citado por Gonçalves (2012):

É que a condição para a qual ansiamos e nos esforçamos, e é nosso desejo de cuidar – para estar nessa relação especial – é o que fornece a motivação para que sejamos morais. Queremos ser morais para que permaneçamos na relação de cuidado e para a aumentar a ideia de nós mesmos como alguém que é cuidado (p. 86).

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

Propomos o *ethos* do cuidado não como opção paliativa à clínica tradicional, mas

como uma perspectiva para um novo modelo clínico: a ideia de cura assume, ou melhor, resgata outra imagem. [...] Em sua forma mais antiga, cura em latim se escrevia *coera* e era usada num contexto de amor e de amizade. Expressava a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação (p. 83).

A partir da discussão sobre o currículo de ética médica no Brasil, com as novas Diretrizes Curriculares Nacionais – DCN (Brasil, 2014), vê-se uma tendência à incorporação desta lógica de ética como prática de cuidado, como descreve Carneiro et al. (2010):

A prática mais humanizada pode levar a uma reflexão sobre a ética enquanto campo do cuidado. A partir de experiências de cuidado significativas, ou seja, que façam sentido para o estudante, é que é possível tornar a prática mais humana, solidária, autônoma e crítico-reflexiva. Tais competências são essenciais para o profissional que se prepara para atuar na atenção em saúde, em especial no momento de questionamento do modelo biomédico (p. 416).

Refletindo a preocupação de inclusão das perspectivas da “ética do cuidado” nas plataformas curriculares, as novas DCN (Brasil, 2014) enfatizam a garantia da “integralidade e humanização do cuidado por meio de prática médica contínua e integrada com as demais ações e instâncias de saúde” e o “cuidado centrado na pessoa sob cuidado, na família e na comunidade, no qual prevaleça o trabalho interprofissional” (p. 2). Essas Diretrizes reafirmam, ainda, a integração ensino-aprendizagem e fortalecimento de relações interpessoais que envolvam princípios como empatia, a capacidade reflexiva e compreensão ética, psicológica e humanística da relação médico-pessoa sob o cuidado.

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

## O Desafio do desenvolvimento moral na educação médica

Apesar da medicina ser uma profissão que exija elevada competência moral profissional, os experts sugerem que a formação médica não promova o desenvolvimento moral esperado, sendo demonstrada a ocorrência de um “declínio moral” no decorrer da formação médica, situação amplamente citada na literatura nacional (Rego, 2003; Feitosa et al., 2013; Castro, 2019; Otani, 2019) e internacional (Eckles, Meslin, Gaffney, Helft, 2005; Patenaude, Niyonsenga, Fafard, 2003; Self, Baldwin, 1998; Lind, 2000; Lind, 2013). Tal situação é descrita ainda mais enfaticamente por Feudtner, Christakis e Christakis (1994) como “erosão ética”. Self, Baldwin and Wolinsky (1996), por sua vez, descrevem que “a experiência da educação médica parece inibir o aumento do raciocínio moral dos estudantes de medicina que, de outro modo, seria de se esperar de jovens adultos dessa idade e nível educacional” (p. 444).

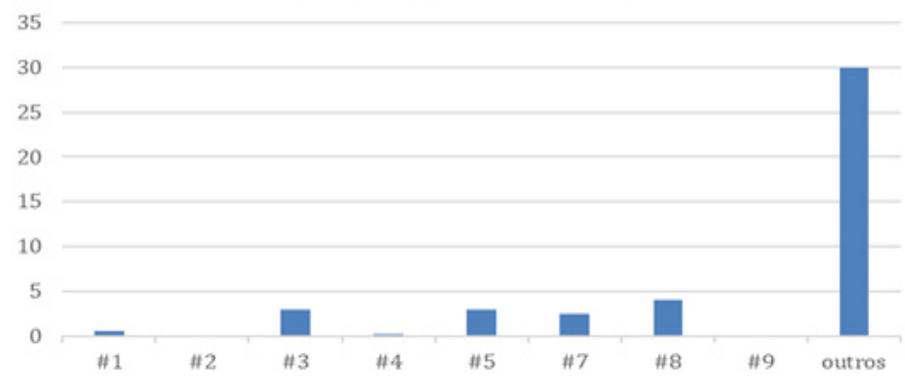
Estas observações se contrapõem às teorias cognitivistas de desenvolvimento moral, como aquelas advindas de Piaget (Lepre, 2005) e Kohlberg (Rego, 2003; Bataglia, Moraes, Lepre, 2010; Augusto et al., 2017), que deram suporte às principais ferramentas avaliativas e consideravam que o desenvolvimento moral deveria acompanhar os níveis educacionais. Tal premissa é reafirmada por Lind (2013): “várias pesquisas desenvolvidas com estudantes adolescentes evidenciam alta correlação entre níveis de educação e desenvolvimento moral” (p. 12).

Outras importantes revisões corroboram com estes dados. Lind (2000b) descreve três grandes estudos na Alemanha com milhares de estudantes, nos quais os estudantes de medicina apresentaram regressão da competência moral nos primeiros dois anos e pequeno aumento no final do estudo, configurando estagnação ou mesmo regressão da competência moral. Eckles, Meslin, Gaffney and Helft (2005) descreveram estudos nos EUA e Canadá demonstrando significativa redução no raciocínio moral, principalmente, ao final do terceiro ano de medicina. Divergentemente, cita poucos, e pequenos, estudos sugerindo desenvolvimento moral associado a metodologias de discussão em pequenos grupos. Self e Baldwin (1998) apresentam uma síntese de estudos dos EUA e México, cuja maioria identificou desenvolvimento moral nulo ou não significativo, concluindo que a educação médica não contribui para desenvolvimento moral dos estudantes.

Lind (2000b) reanalisou os dados dos estudos relatados por Self, ajustando-os para uma escala centesimal única. Os dados evidenciaram que a variação nos escores ao longo da graduação foi de até cinco pontos em medicina, contra trinta nos demais

cursos com mesma extensão (FIG. 2), confirmando retardo associado exclusivamente à educação médica.

### Aumento em scores de teste moral de estudantes de medicina



**Figura 2:** Variação dos escores de avaliação moral, comparando estudos com estudantes de medicina (#1 a #9) com alunos de outros cursos (outros). Adaptado de Lind (2000b).

Além destas revisões, Hojat et al (2009) avaliaram a empatia como outro aspecto da ética, e evidenciando significativo declínio, especificamente, no terceiro ano da formação médica: *“The devil is in the third year”*. Esses autores discutem sua ocorrência no período em que aumentam as atividades de cuidado ao paciente: “A escalada do cinismo e a atrofia do idealismo há muito tempo são reconhecidas como parte da socialização dos alunos na escola médica e sua adaptação ao papel profissional” (p. 1190).

Para explicar tal deterioração moral, os pesquisadores citaram características do curso que possam estar relacionadas. Lind (2000a) descreve aspectos do ambiente educacional desfavoráveis, que possam contribuir para este resultado negativo. Incluem-se relatos de que os estudantes de medicina têm menos contato com seus pares, menos trabalhos em grupo e, consideravelmente, mais competitividade que outros estudantes, além de apresentarem relacionamentos muito ruins com os professores, piores que os alunos dos demais cursos. Ele concluiu que a educação médica enfatiza muito conhecimento factual, negligenciando outras áreas do desenvolvimento humano; valorizando mais os aspectos técnicos, com ênfase tecnológica em detrimento dos aspectos morais e configurando, assim, cursos “desbalanceados” entre aspectos técnicos e morais.

Por sua vez, Rego (2003), discorda da possibilidade de regressão das capacidades cognitivas, e justifica que a regressão dos escores expressa outros aspectos do comportamento moral que não o cognitivo. Por outro lado, Mascia et al. (2009) discutem alterações

atitudinais observadas durante a formação médica e argumentam que estas podem estar relacionadas com experiências estressantes vivenciadas no período de formação médica, incluindo a perspectiva da morte, da “solidão profissional, perda do senso de missão, cinismo, desesperança, frustração, bem como risco aumentado de *burnout* e depressão” (p. 45). Alertam, ainda, quanto ao ambiente altamente competitivo e o perfil dos alunos: “pessoas brilhantes, individualistas, altamente competitivas e que não se mostram inclinadas a compartilhar sentimentos e sensações” (p. 46).

Ramos-Cerqueira e Lima (2002) avaliaram a formação da identidade do médico, processo que parte de sua escolha profissional, suas motivações pessoais e sociais, seus valores pessoais prévios à admissão, como também as experiências e vivências durante o curso e os mecanismos psicológicos defensivos acionados no contato com pacientes. Os conflitos e emoções gerados neste complexo processo terão reflexo na conduta profissional. Questionam se estas condições podem estar relacionadas com diversas manifestações de sofrimento psíquico relatadas entre estudantes de medicina e defendem que os processos pedagógicos devem contemplar a construção da subjetividade dos estudantes. Concluindo, as mesmas autoras (p. 115) citam Martins, para o qual “o ensino médico que não reflete sobre o ser humano que há no médico participa de modo altamente prejudicial nas deformações adaptativas do futuro profissional”, trazendo, ainda, uma reflexão impactante:

(...) ser médico sempre foi (...) uma das escolhas mais estranhas como vocação, pois implica o desejo de estar sempre próximo ao sofrimento e à morte, contingências tão temidas pelo ser humano (...) é antes de tudo uma curiosidade e um desejo, consciente ou inconsciente, de saber mais e cuidar melhor daquilo que sentimos como doente em nós mesmos (p. 109).

Entretanto, pela importância na graduação médica, resta o desafio sobre as estratégias de ensino da ética médica. Lind (2013) descreve que o desenvolvimento moral, apesar de correlacionar fortemente com a escolaridade, parece ser inibido pela graduação médica. Entretanto, pode ser desenvolvido por intervenções específicas para fomentar o desenvolvimento moral e a participação democrática como já descrito pelos estudos de Kohlberg (citado por Bataglia, Morais e Lepre, 2010). Em amplo estudo, Lind (2013) evidenciou eficácia destas intervenções, utilizando um modelo de ensino denominado “*Konstanz Method of Dilemma Discussion*”, demonstrando aumento nos escores de competência moral. Em concordância, Eckles et al. (2005) relatam estudos com o benefício de estratégias baseadas em discussão em pequenos grupos de forma prolongada durante a graduação.

Estes dados reforçam a importância de desenvolver currículos que incluam formalmente estas intervenções, de caráter longitudinal e transversal no currículo, não o relegando às condições aleatórias do currículo oculto, hoje prevalentes. Zoboli (2010), por sua vez, descreve um método de ensino de ética baseada na deliberação sobre dilemas éticos, com a estratégia denomina “Leque de Possibilidades de Deliberação Moral”. Todas estas propostas têm em comum a abordagem reflexiva e argumentativa sobre dilemas éticos, reais ou hipotéticos, que permitem ao aluno desenvolver criticamente o raciocínio moral.

## Conclusões

Os estudos apresentados sugerem que o atual modelo educacional tem demonstrado ser insuficiente para propiciar adequado desenvolvimento de competência moral aos estudantes de medicina. Observa-se, contudo, que independentemente dos parâmetros conceituais, a ética na educação médica deve ser compreendida com foco no cuidado do paciente, suplantando os limites legais ou normativos. Para tal, a formação ética demanda estratégias mais reflexivas, que contemplem a subjetividade e aspectos atitudinais que impactem na postura do médico. Esta prática profissional, guiada pela Ética do Cuidado, pode representar a síntese dos valores morais aplicados à prática médica, contemplando as virtudes morais, a prudência, a justiça, o respeito à autonomia, à liberdade e à democracia. Para que isso seja alcançado, podem ser imprescindíveis habilidades como a empatia e o desenvolvimento de alto nível de raciocínio moral.

Então, considerando a importância, as deficiências e as lacunas sobre a formação ética, faz-se necessário otimizar seu diagnóstico, verificar se são confirmados os relatos de estagnação ou erosão moral e investigar os fatores que possam influenciá-los. Assim, permitir-se-á o desenvolvimento de estratégias educacionais mais adequadas à expectativa de formação profissional cidadã, associadas a sólidos princípios éticos e valores como a autonomia e a dignidade humana.

## Referências

1. Agurto M, Tello D, Elgueta A, Larrea R, Minaeff T, Miranda A, et al. Índice C en médicos de dos centros hospitalarios chilenos según el test de competencia moral de Lind. Rev Med Chile. 2017; 145(9): 1122-1128.
2. Bataglia PUR, Morais A, Lepre RM. A teoria de Kohlberg sobre o desenvolvimento do raciocínio moral e os instrumentos de avaliação de juízo e competência moral em uso no Brasil. Estud Psicol (Natal). 2010; 15(1): 25-32.

3. Beauchamp TL. Promise of the Beneficence Model for Medical Ethics. *J Contemp Health Law Policy*. 1990; 6: 145.
4. Biaggio AMB. Kohlberg e a "Comunidade Justa": promovendo o senso ético e a cidadania na escola. *Psicol Refl Crit*. 1997; 10(1): 47-69.
5. Brasil. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 23 Jun 2014*.
6. Carneiro LA, Porto CC, Duarte SBR, Chaveiro N, Barbosa MA. O Ensino da Ética nos Cursos de Graduação da Área de Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2010; 34(3): 412-421.
7. Castro MR. Avaliação da Competência Moral de Estudantes de Medicina [Dissertação]. Belo Horizonte (MG): UNIFENAS, 2019.
8. CFM - Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº2271/2018. *Diário Oficial da União, 01 nov 2018*.
9. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Resolução CFM nº1931/2009. *Diário Oficial da União, 13 Out 2009*.
10. Cooke M, Irby DM, Sullivan W, Ludmerer KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med*. 2006; 355(13): 1339-1344.
11. Doukas DJ, McCullough LB, Wear S. Perspective: Medical education in medical ethics and humanities as the foundation for developing medical professionalism. *Acad Med*. 2012; 87(3): 334-341.
12. Eckles RE, Meslin EM, Gaffney M, Helft PR. Medical ethics education: where are we? Where should we be going? A review. *Acad med*. 2005; 80(12): 1143-1152.
13. Feitosa HN, Rego S, Bataglia P, Rego G, Nunes R. Competência de juízo moral dos estudantes de medicina: um estudo piloto. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(1):5-14.
14. Feudtner C, Christakis DA, Christakis NA. Do clinical clerks suffer ethical erosion? Students' perceptions of their ethical environment and personal development. *Acad Med*. 1994; 69(8): 670-679.
15. Gadon M, Glasser M. Medical professionalism and social accountability in medical education. *Educ Health*. 2006; 19(3): 287-288.
16. Gonçalves RC. Ética do cuidado e empatia: em defesa de uma metaética sentimentalista para os direitos humanos [Dissertação]. João Pessoa (PB): Universidade Federal da Paraíba; 2012.
17. Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, et al. The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med*. 2009; 84(9): 1182-1191.
18. Lepre RM. Raciocínio moral e uso abusivo de álcool por adolescentes [Tese]. Marília (SP): Universidade Estadual Paulista; 2005

19. Lind G. Favorable learning environments for moral competence development. A multiple intervention study with 3.000 students in a higher education context. *Int J Univ Teach Fac Dev*. 2013; 4(4): 173.
20. Lind G. Moral regression in medical students and their learning environment. *Rev Bras Educ Med*. 2000a; 24(3): 24-33.
21. Lind G. O significado e medida da competência moral revisitada: um modelo do duplo aspecto da competência moral. *Psicol Repl Crit*. 2000b; 13(3): 399-416
22. Mahajan R, Aruldas BW, Sharma M, Badyal DK, Singh T. Professionalism and ethics: a proposed curriculum for undergraduates. *Int J Appl Basic Med Res*. 2016; 6(3): 157.
23. Mascia AR, Silva FB, Lucchese AC, Marco MA, Martins MCFN, Martins LAN. Atitudes frente a aspectos relevantes da prática médica: estudo transversal randomizado com alunos de segundo e sexto anos. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(1): 40-8.
24. Meaney ME. Freedom and democracy in health care ethics: Is the cart before the horse?. *Theor Med Bioeth*. 1996; 17(4): 399-414.
25. Novaes A. *Ética*. São Paulo: Cia das Letras, 1992.
26. Otani DON. *Avaliação do Desenvolvimento da Competência Moral de Estudantes de Medicina – Duas Escolas, Dois Mundos [Dissertação]*. Curitiba (PR): Faculdade Pequeno Príncipe, 2019.
27. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CMAJ*, 2003; 168(7): 840-844.
28. Ramos-Cerqueira AT, Lima MCP. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6; 107-116.
29. Rego STA. *A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003
30. Self D, Baldwin Junior DC. Does Medical Education Inhibit the Development of Moral Reasoning in Medical Students? A Cross-sectional Study. *Acad Med*. 1998; 73(10): S91-93.
31. Self DJ, Baldwin DC, Wolinsky FD. Further exploration of the relationship between medical education and moral development. *Camb Q Healthc Ethics*. 1996; 5(3): 444-449.
32. Silva ERD. *Psicologia clínica, um novo espetáculo: dimensões éticas e políticas*. *Psicol Ciênc Prof*. 2001; 21(4): 78-87.
33. Zoboli ELCP. *Deliberação: leque de possibilidades para compreender conflitos de valores na prática clínica da atenção básica [Tese]*. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010

Recebido: 22/05/2020. Aprovado: 18/09/2020.