

FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU* EM ENSINO NAS
CIÊNCIAS DA SAÚDE

DINAMENE DE OLIVEIRA NOGUEIRA OTANI

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA MORAL DE
ESTUDANTES DE MEDICINA – DUAS ESCOLAS, DOIS MUNDOS**

CURITIBA

2018

DINAMENE DE OLIVEIRA NOGUEIRA OTANI

**AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA MORAL DE
ESTUDANTES DE MEDICINA – DUAS ESCOLAS, DOIS MUNDOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde das Faculdades Pequeno Príncipe para obtenção do grau de Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde. Linha de Pesquisa: Currículo, Processos de Ensino-Aprendizagem e Avaliação na Formação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves

CURITIBA

2018

TERMO DE APROVAÇÃO

DINAMENE DE OLIVEIRA NOGUEIRA OTANI

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA MORAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA – DUAS ESCOLAS, DOIS MUNDOS

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ensino nas Ciências da Saúde, no Programa de Pós-Graduação em Ensino nas Ciências da Saúde da Faculdades Pequeno Príncipe, pela seguinte banca examinadora:

Orientador

Prof. Dr. Roberto Zonato Esteves
Faculdades Pequeno Príncipe

Profa. Dra. Leide Sanches
Faculdades Pequeno Príncipe

Profa. Dra. Ursula Bueno do Prado Guirro
Universidade Federal do Paraná

Curitiba, ____ de _____ 2018.

RESUMO

A proposta inicial desta pesquisa é averiguar o desenvolvimento da competência do juízo moral em estudantes de Medicina em duas escolas do Estado do Paraná, determinando se há relação com a proposta do modelo curricular. O desenho do trabalho é um estudo quantitativo, de corte transversal, descritivo. O *Moral Competence Test* em sua forma estendida (MCT-xt) foi aplicado para avaliar o nível de competência do juízo moral de estudantes do primeiro e sétimos períodos das duas escolas e comparar os resultados entre os períodos de cada escola e entre as escolas. Os principais resultados do estudo mostram que houve progresso dos níveis de competência moral na escola de modelo tradicional, enquanto na escola de modelo PBL o achado foi de estagnação desses níveis. O fenômeno denominado Regressão Moral do Estudante de Medicina vem sendo identificado mundialmente, nas mais diversas culturas e contextos. Trata-se da incapacidade de realizar julgamentos com base em princípios morais internos e agir de acordo com tais princípios. Essa competência, quando quantificada, mostra-se mais elevada nas fases iniciais do curso quando comparadas às fases finais. O que torna o tema atual e imprescindível de discussão são exatamente as exigências cada vez mais prementes da formação de um profissional generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar em princípios éticos, segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Superior no curso de medicina, na sua última versão de 2014. A formação médica na era moderna tem sido pautada por um modelo de ensino tecnocentrista e de concepção cartesiana, incapaz de gerar profissionais com as características exigidas nas DCN's e pela sociedade

Palavras-chave: Moral. Desenvolvimento Moral. Educação Médica. Bioética/ Educação.

ABSTRACT

The initial proposal of this research is to investigate the development of the competence of moral judgment in medical students in two schools of the State of Paraná, determining if there is any relation with the proposal of the curricular model. The work design is a quantitative, cross-sectional, descriptive study. The Moral Competence Test extended (MCT-xt) was applied to assess the level of moral judgment competence of students in the first and seventh periods of the two schools and to compare the results between the periods of each school and between the schools. The main results of the study show that there was progress of levels of moral competence in the traditional model school, while in the PBL model school the finding was of stagnation of these levels. The phenomenon called Moral Regression of the Medical Student has been identified worldwide in the most diverse cultures and contexts. It is the inability to make judgments based on internal moral principles and to act in accordance with such principles. This competence, when quantified, is higher in the initial stages of the course when compared to the final stages. What makes the topic current and essential for discussion are precisely the increasingly pressing demands of the formation of a generalist, humanist, critical and reflective professional, able to act on ethical principles, according to the National Curricular Guidelines version of 2014. Medical education in the modern era has been based on a technocentric and cartesian model of education, incapable to produce professionals with the characteristics required in the DCN's and by society.

Keywords: Moral. Moral Development. Medical Education. Bioethics Education.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Índice de Competência Moral (C score total) entre períodos	26
Gráfico 2 - Índice de Competência moral (C score total) entre escolas	27
Gráfico 3 - Índice de C score por dilema Escola A	28
Gráfico 4 - Índice de C score por dilema Escola B	29
Gráfico 5 - Índices de C score por dilemas por períodos por Escola (Período 1)	30
Gráfico 6 - Índices de C score por dilemas por períodos por Escola (Período 7)	30
Gráfico 7 - Índices de C score por dilemas por períodos por Escola	30
Gráfico 8 - Fenômeno de Segmentação	31

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Índice de Competência Moral (C score total) entre períodos	26
Tabela 2 - Índice de Competência moral (C score total) entre escolas	27
Tabela 3 - Índice de C score por dilema Escola A	28
Tabela 4 - Índice de C score por dilema Escola B	28
Tabela 5 - Índices de C score por dilemas por períodos por Escola	29
Tabela 6 - Fenômeno de Segmentação	31
Tabela 7 - Análise de variância entre os quatro grupos	32
Tabela 8 - Pós teste	32

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	08
2. OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	12
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
3.1 MORALIDADE E DESENVOLVIMENTO MORAL	13
3.2 EDUCAÇÃO MORAL	16
3.3 APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS E EDUCAÇÃO MORAL	20
4. METODOLOGIA	23
4.1 HIPÓTESES	23
4.2 CAMPO DE ESTUDO	23
4.3 DESENHO DO ESTUDO	24
4.4 INSTRUMENTO	24
4.5 REQUISITOS ÉTICOS	25
5. RESULTADOS	26
6. DISCUSSÃO	33
7. CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	42
ANEXO A – INSTRUMENTO DE PESQUISA	44
ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUIÇÃO PRINCIPAL	48
ANEXO C – APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA UFPR INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE	49

1 INTRODUÇÃO

A realidade do Ensino Médico no Brasil vem sofrendo transformações em busca de garantir uma formação mais eficiente e eficaz, além de produzir um egresso capaz de atender às demandas de saúde da sociedade brasileira moderna.

O Ensino Médico tem sido alvo de inúmeras críticas já há algumas décadas, pois seu produto tem sido incapaz de corresponder às exigências da sociedade no exercício da profissão. O médico saído de nossas escolas é descrito como tecnicista e como aquele que vê no paciente apenas o objeto de seu lucro.

Seguindo o curso da História, dentro do contexto do desenvolvimento do Ensino Superior no Brasil, podemos identificar três marcos da Educação Médica no Brasil : no período de 1950 a 1970, a primeira, tendo como marca a planificação por objetivo direcionada à gestão; depois, de 1970 a 1990, a segunda , caracterizada por buscar a formação de um profissional em concordância com as necessidades locais de saúde ; e a terceira e atual, de 1990 até agora, onde temos a busca do impacto da educação médica na saúde da população.

Como iniciativa dos órgãos regulatórios e fiscalizadores das escolas de nível superior, para substituir a Lei da Reforma Universitária de 1968, temos o surgimento em 2001 das Diretrizes Curriculares Nacionais, propondo competências, estabelecendo diretrizes e habilidades para o egresso de diversos cursos de nível superior, incluindo Medicina. Estabelecem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação, determinando quais conhecimentos, competências e habilidades os acadêmicos devem possuir, para capacitar o aluno a atuar com qualidade, eficiência e resolutividade. Em 2014 houve a publicação da última edição, que reza em seu art. 3º:

O graduado em Medicina terá formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, com capacidade para atuar nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, nos âmbitos individual e coletivo, com responsabilidade social e compromisso com a defesa da cidadania, da dignidade humana, da saúde integral do ser humano e tendo como transversalidade em sua prática, sempre, a determinação social do processo de saúde e doença. (Diretrizes Curriculares Nacionais para a Graduação Medicina, 2014).

E em seu Art. 5º VI preconiza que o egresso deve concretizar “ética profissional fundamentada nos princípios da Ética e da Bioética, levando em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico”. (BRASIL,2014)

As escolas médicas têm buscado se adaptar a essas proposições, não somente por exigência dos órgãos de regulação e fiscalização, mas por reconhecerem que as críticas realizadas nos meios acadêmicos aos seus egressos são pertinentes. Já é bem estabelecida a necessidade de formar profissionais que aliem competência técnica a uma formação mais holística, incluindo aqui o aspecto ético.

O modelo de formação médica tradicional, baseado no referencial flexneriano (FLEXNER, 1910) trabalha isoladamente conteúdos, com a matriz cartesiana de dividir para entender. Embora completamente adequado a seu tempo, com a primeiro modelo de normatização de escola médica exigindo parâmetros mínimos, não se presta mais a formação dos profissionais que a sociedade exige hoje. Isola ciclos e separa disciplinas que não interagem entre si. Para adquirir um conhecimento adequado, passou-se a dissecar o corpo e separá-lo da mente, afastar a razão do sentimento. Há a supervalorização do aspecto biológico, sendo este quase que exclusivamente o objeto do estudo, aliado a uma supremacia da implementação de tecnologias em detrimento da visão integral do ser humano e do entendimento da multivariada causalidade do processo saúde-doença.

Essa detecção é antiga e global, atingindo escolas médicas indistintamente. As mudanças metodológicas, tendo como protótipo e principal expoente a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), surgiram como proposta para a formação de profissionais que sejam capazes de prestar cuidados integralizados de saúde, e se constitui na mais importante estratégia de mudança no Ensino Médico.

Busca-se romper com a limitação da estrutura do curso de graduação em Medicina montado a partir do modelo cartesiano, biocentralizado e tecnicista para construir formas mais adequadas de promover a formação de um aluno completamente formado nos aspectos técnico, ético e humanístico.

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ou, em inglês, *Problem Based Learning*) surgiu com a proposta de ser um método formativo e consistindo em uma abordagem centrada no discente, com os conteúdos discutidos em pequenos grupos, visando a construção do conhecimento baseado em casos reais. Oferece como vantagens a capacidade de poder incluir e conectar conhecimentos básicos e mais

avançados, permitindo que o estudante desenvolva habilidades técnicas e raciocínio clínico. Tem como principais objetivos aprofundar o conhecimento (ensinamento), promover a resolução de problemas com sua melhor análise e promover o autoensinamento direcionado.

Nessa metodologia a autonomia e o pensamento crítico são incentivados, passando o professor a assumir o papel de facilitador e orientador no processo ensino-aprendizagem. Esses estudantes são levados a assumir progressiva responsabilidade pela própria formação, aprendendo a gerenciar seu processo de treinamento e estruturação do conhecimento.

Transformada na panaceia do Ensino Médico, as metodologias ativas, mormente a APB, não tem se mostrado como a solução final, ainda mais na área de ensino da Bioética. A literatura mostra dados conflitantes. Há estudos que não mostram superioridade do PBL em relação ao método tradicional de ensino em qualquer área, enquanto alguns autores, como Schimidt (2006) e Hoffman (2006), em escolas distintas, demonstraram que os egressos de cursos com essa metodologia adquiriram melhores competências relacionadas aos domínios interpessoais e cognitivos. Vale ressaltar que a principal avaliação recai sobre habilidades cognitivas e não atitudinais.

O estudo da moralidade dentro das profissões é campo antigo dentro da Psicologia. Pesquisadores apontaram que um dos maiores impactos que o ensino superior poderia proporcionar seria exatamente o incremento na qualidade do raciocínio moral. Diversos trabalhos vêm explorando esse tema na área da Saúde em variados cursos, apontando para a necessidade de avaliar adequadamente este aspecto da formação. Com relação aos estudantes de Medicina, vários trabalhos mostraram inicialmente uma estagnação do desenvolvimento moral (BRANCH, 2000; COULEHAN; WILLIAMS, 2003; PATENAUDE et al.,2003). Lind (1985), comparando estudantes de Medicina com estudantes de outras profissões na Alemanha, descreveu não apenas uma estagnação, mas uma regressão na competência do raciocínio moral, enquanto os demais estudantes apresentavam um claro avanço no desenvolvimento da mesma competência. Achados semelhantes apresentaram estudantes de Medicina brasileiros (REGO et al., 2011; FEITOSA et al.,2013).

O fenômeno denominado Regressão Moral do Estudante de Medicina vem sendo identificado mundialmente dentro de escolas médicas onde foi pesquisado, nas mais diversas culturas e contextos. Trata-se da inabilidade de realizar julgamentos

com base em princípios morais internos e agir de acordo com tais princípios, que, quando quantificado, mostra-se mais elevado nas fases iniciais do curso de Medicina quando comparadas às fases finais.

Avanços na área do Ensino Médico percorrem desde uma nova engenharia da matriz curricular até a implantação de métodos ensino-aprendizagem com metodologias ativas e novas formas de avaliação. Esses novos modelos seriam suficientes para promover melhorias também neste aspecto do ensino, permitindo que alunos de escolas de concepção não tradicional sejam menos afetados pelos fenômenos de Regressão e Segmentação ou mesmo não o sejam?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Comparar o nível de desenvolvimento da competência moral entre estudantes de medicina de instituições com propostas pedagógicas diferentes.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar o *Moral Competence Test* em alunos do segundo e sétimos períodos de uma instituição pública de formato tradicional e em uma instituição de concepção pedagógica dita mais avançada, que utiliza PBL em seu currículo, comparando o *C score* obtido nas duas escolas.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 MORALIDADE E DESENVOLVIMENTO MORAL

Moral e ética são termos que habitualmente se confundem e se superpõem em seu uso cotidiano, embora tenham significados diferentes. São termos utilizados para definir o conjunto de normas de uma sociedade, não fazendo grande distinção entre eles, quando do seu uso coloquial.

Etimologicamente têm origens diversas. Ética deriva do grego e possui duas grafias e significados: *eethos* significando inicialmente morada ou habitat e *ethos*, traduzida como hábitos e costumes e interpretada amplamente como caráter ou modo de ser de uma pessoa. Essa segunda forma foi utilizada por Aristóteles e deu origem à palavra latina *mos*, traduzida e cunhada por Cícero (*mores*, no plural) e se refere a costumes, normas e leis (WEIL, 2012).

A busca da explicação e adequação do viver humano desde a Antiguidade vem sendo o objeto de estudo da ética. A característica de pensar sobre a existência e a forma adequada de praticá-la distingue o ser humano como tal. A sistematização do pensamento sobre a função da vida, as escolhas a serem indubitavelmente feitas pelo ser humano para coexistir em sociedade, esses são os questionamentos e reflexões que rondam o pensamento humano desde as eras antigas. Os antigos pensadores, como Platão e Aristóteles discorreram sobre o que é virtude e as razões pelas quais os seres humanos deveriam buscá-las numa existência cuja perspectiva maior era o autoaprimoramento como excelência da qualidade de ser humano.

Moral se refere a um conjunto de normas, valores, princípios de uma determinada cultura enquanto a ética toca a investigação da natureza dos princípios nos quais se baseiam essas normas. Ética é sempre especulativa, abstrata, não existindo um rol de passos quanto a formas de viver bem. A moral, essa é essencialmente prática, voltando-se para a ação real, para o fazer prático-moral e aplicação de normas morais estabelecidas dentro de um determinado grupo social. De acordo com Pedro (2014, p. 493-498): “enquanto a moral procura responder à pergunta: como devemos de viver?, a ética (meta normativa ou meta ética) defronta-se com a questão: porque devemos de viver segundo ‘x’ ou ‘y’ modo de viver?”.

Como entende a filósofa espanhola Adela Cortina (2005) a ética é a moral refletida. A ética tem a função de esclarecer o que é a moral, fundamentar quais são

as razões para que o ser humano viva moralmente e, finalmente, é necessário que se faça a aplicação das descobertas morais aos muitos âmbitos da vida social, adotando uma moral crítica em contraponto à observância pura, simples e subserviente de um código.

O termo moral assume diferentes significados se usado como substantivo ou adjetivo. Enquanto substantivo, traduz-se como “forma de vida”, “código de conduta pessoal”, “disposição de espírito”.

Enquanto concepção e objeto de estudo da Filosofia, a moral foi descrita e embasada por inúmeros autores. Para ilustração, citamos Aristóteles, na Grécia antiga, para quem a moral era a faculdade racional que ajuda a encontrar os meios mais adequados para alcançar um fim que já está estabelecido de antemão pela natureza, em uma visão determinista. Ser moral significava aplicar a capacidade intelectual para elucidar meios de alcançar a vida boa, a felicidade, cuja a essência era a realização através das atividades contemplativas, do pensar e da busca intelectual de respostas verdadeiras. Na Idade Média, a moral passou a adquirir o significado de dever, embasada na matriz de pensamento judaico-cristã. Expositor dessa época, Tomás de Aquino. O homem deveria ajustar suas condutas e intenções aos preceitos racionais, sendo a busca da felicidade limitada pelo respeito ao outro e a si. As correntes filosóficas vão perpassando os tempos, acompanhando as evoluções das sociedades.

A partir dos séculos XVI e XVII, tendo como cenário a revolução científica e as guerras de religião, o entendimento da moral passa a assentar-se sobre a consciência. Immanuel Kant (1724) é dito por muitos como principal filósofo da era moderna e concebe sua ética formal. O ponto de vista passa a ser que o ser humano tem consciência do dever; não mais como a concepção aristotélica que entendia a ética como para a busca da felicidade de forma natural, quase intrínseca à natureza humana, mas ela se manifesta como o dever humano de reconhecer-se como criatura racional. Cria o conceito de imperativo categórico como o dever de todo ser humano de agir conforme princípios que proporcionariam benefícios a todos se fossem universalmente seguidos. O propósito da ética seria descortinar as características formais que os imperativos deveriam ter, expressando racionalidade e, portanto, transformando-se em regras morais. Dividiu esse conceito em três máximas: 1) universalidade – aja de tal maneira que o teu agir torne-se lei universal; 2) fim em si mesmo – aja de tal maneira que trate a humanidade em ti como em qualquer outro,

sempre como um fim em si mesmo e nunca como um meio; 3) legislador universal – aja por máximas de um legislador universal em um possível reino dos fins. Essa seria uma concepção moderna de autonomia. A concepção de bem moral passa a não mais residir na felicidade, mas em conduzir-se com autonomia, elaborando de maneira correta a própria vida. A liberdade passa a figurar como postulada da razão prática, considerando o homem capaz de decidir por si próprio, não levado por instintos biológicos, forças sociais ou condicionantes.

Seguindo o curso da História, aparecem outras tantas linhas filosóficas como o utilitarismo e as éticas do movimento socialista, em suas correntes utópica, anarquista e marxista.

Em 1970, na Escola Frankfurt, na Alemanha, nasce a Teoria Crítica. Inicialmente concordante com Kant, seu expositor Max Horkheimer questiona a rígida separação entre teoria e prática, uma em oposição a outra, criticando a concepção das coisas sem se negar a olhar como elas deveriam ser. Tendo essa escola como sua base histórica, Jürgen Habermas (1981) inaugura novos paradigmas com sua Ética do Discurso, abandonando os autores clássicos que posicionam a consciência habitando em um pensador solitário buscando entender o mundo ao seu redor e constrói um conceito de racionalidade que se fundamenta no processo de comunicação com vistas a alcançar o entendimento. O novo paradigma de Habermas é produto da supressão de uma compreensão egocêntrica do mundo, conceito retirado da descentração de Piaget. O diálogo passa a ser a maneira concreta de respeitar a individualidade e atingir a dimensão solidária. A ética do discurso contempla duas partes – fundamentação do princípio ético e a ética aplicada. Se Kant partia do fato racional da consciência do dever, a ética discursiva procura elucidar os pressupostos que tornam a argumentação racional. Estabelece: 1) todo indivíduo que deseje argumentar sobre normas morais deve pressupor que todos os outros capazes de se comunicar serão interlocutores válidos, havendo de se levar em conta seus interesses; 2) somente o diálogo que respeita a equidade entre os interlocutores poderá descobrir quais as normas certas; 3) acata como corretas as normas que respeitam que todos os indivíduos afetados por ela possam aceitar suas consequências e desdobramentos e que só podem ser validadas regras que foram aceitas por esses indivíduos participantes de um discurso prático. Portanto, o objetivo da negociação é atender ao pacto dos interesses individuais (racionalidade

instrumental), enquanto a meta do diálogo é a satisfação de interesses universalizáveis (racionalidade comunicativa).

No campo da Pedagogia, a chamada corrente de pensamento cognitivo-estrutural foi principiada por J. Piaget (1896-1980), que trabalhou na busca de explicar o processo do desenvolvimento da inteligência. Ele descreveu esse processo como sucessivas adaptações frutos da interação do sujeito e o meio, formando estruturas mentais de complexidade crescente. Ele estudou o raciocínio moral de crianças, descrevendo um percurso na qual o juízo moral passa da anomia à heteronomia, findando com a autonomia. Piaget lançou as bases do estudo do desenvolvimento moral moderno com a premissa de que há dois aspectos distintos mas indissociáveis na construção da moralidade, um componente dito cognitivo e outro afetivo. Estabeleceu estágios do desenvolvimento moral associados ao desenvolvimento cognitivo.

Kohlberg aprofundou os conceitos de Piaget, postulando que um juízo moral de alta competência é aquele caracterizado por um alto nível de diferenciação e integração do comportamento de julgar moralmente. Integração significa que o sujeito aplica o mesmo conjunto de princípios morais consistentemente em várias situações, ou seja, os aplica sob condições variadas e diversas, e não os usa apenas para racionalizar decisões não morais, fazendo juízo de acordo com princípios e não simplesmente com interesses ou disposições circunstanciais. Antes de Kohlberg, o conceito de moralidade atinha-se a adequação e conformidade às normas vigentes. Suas conclusões representaram uma mudança de paradigma e a moralidade passou a ser considerada uma competência e não mais em termos de valores adquiridos. Então, a conduta é moral quando guiada por princípios morais internos, estabelecendo as bases para a definição de competência moral como sendo a capacidade de ajuizar de acordo com esses princípios e de agir em conformidade com os tais, superando a heteronomia.

Elaborou a *Teoria dos Estágios Morais*, tendo como premissas a universalidade dos princípios morais, do princípio de justiça por equidade e a hierarquia valorativa dos estágios, sendo o último mais elevado. Definiu três níveis com dois estágios cada de desenvolvimento moral. No nível pré-convencional, os estágios 1 e 2 se caracterizam por um raciocínio moral heterônimo. O sujeito tem consciência de que podem haver conflitos com seus interesses, de tal modo que o direito é relativo. A relação estabelecida é, então, de troca instrumental de serviços,

necessidade instrumental do outro. Os motivadores para a ação correta são os que o levarão a satisfazer suas necessidades. No nível convencional, estágio 3, a moral é a do "bom garoto", sendo o entendimento do indivíduo em relação a outros, geralmente uma figura de autoridade, mas não tem a perspectiva generalizada do sistema. No estágio 4, o mais comumente encontrado, o indivíduo considera as relações do ponto de vista do sistema, adquirindo uma preocupação e uma orientação conscientes, agindo de acordo com os deveres para a manutenção da sociedade e contribuindo para o bem estar do grupo. Apoiar as regras, as leis e as normas e as toma como seu referencial moral. No nível pós-convencional, estágios 5 e 6, a moralidade é orientada por princípios internos. No estágio 5, o conflito entre a lei e o princípio moral é resolvido por uma orientação utilitária e pragmática, considerando o melhor para o maior número de pessoas. No estágio 6, os conflitos são resolvidos sob a orientação de princípios éticos universais de igualdade e respeito pela dignidade humana. O indivíduo passa a reconhecer a essência da moralidade e a premissa moral básica do respeito pelo outro como um fim em si mesma e não como meio.

Georg Lind, tendo como precursores Piaget e Kohlberg, elaborou a *Teoria do Duplo Aspecto*, considerando que o comportamento moral consiste em um aspecto central da personalidade humana e da interação social, sendo a capacidade de traduzir nossos ideais morais em ações, possibilitando que a sociedade se desenvolva em estado de paz social. Sua matriz teórica se dá em torno da competência moral democrática, onde o indivíduo vê as implicações morais de uma situação, organiza e aplica os princípios morais em situações reais, sendo capaz de realizar uma prática reflexiva e produzir um discurso racional. A capacidade de engajar-se em um diálogo embativo com idéias adversárias demanda o reconhecimento dos princípios contidos nos argumentos, independentemente de sua concordância com eles.

Sua teoria integra cognição, afeto, juízo e ação. Lind (1985) elaborou um instrumento para evidenciar o nível de competência do juízo moral – o *Moral Judgment Test*, por meio do qual os aspectos cognitivos e afetivos são distintamente expostos, fornecendo uma medida objetiva, o *C score*. Esse teste é composto originalmente por dois dilemas, nos quais o sujeito é confrontado com decisões já tomadas pelos personagens. Na sua versão brasileira foi exigido um terceiro dilema. O entrevistado é solicitado a balizar seis argumentos a favor e seis contra essas decisões, correspondendo aos seis estágios de Kohlberg. Esse teste pretende medir a capacidade do sujeito de realizar julgamentos morais de forma autônoma, mostrando

ser capaz de apreciar a qualidade de um argumento mesmo que este não seja semelhante à sua posição. É um teste elaborado para avaliar coletivamente e nunca individualmente.

Das pesquisas de Lind (2006) os aspectos mais importantes encontram-se na capacidade do MJT de ser sensível a processos educacionais, podendo flagrar alterações no desenvolvimento da competência moral, demonstrando que a sequência dos estágios morais de Kohlberg pode ser alterada, possibilitando, inclusive, a regressão.

Para ele, a competência do juízo moral está intrinsecamente relacionada com a essência da educação fornecida, tanto em extensão quanto em qualidade. Lind aponta a educação exatamente como a principal via para o desenvolvimento da competência moral. Entretanto, considera que o processo ensino-aprendizagem deve conter em seu bojo núcleos que ofereçam situações para esse desenvolvimento, entendendo que ele não se dá de maneira espontânea e aleatória.

Lind (1985) estudou e comparou estudantes de Medicina com outros universitários no contexto da educação de nível superior na Europa e descreveu o achado de diminuição da competência moral dos primeiros, enquanto os demais demonstraram aumento considerável. Atribuiu a ocorrência a de regressão à deficiência das escolas médicas em propor temas de aprendizagem nessa área.

O experimento de Lind quando foi adaptado a culturas latino-americanas, tanto no México (MORENO, 2005) quanto no Brasil (BATAGLIA, 2001) mostrou um viés cultural, quando os sujeitos obtiveram escores de competência moral semelhantes a outros países no primeiro dilema, mas apresentaram escores bem mais baixos no segundo. A esse episódio chamou-se segmentação e exigiu o desenvolvimento de um terceiro dilema cujo tema foi semelhante ao do segundo – o valor da vida humana.

3.2 EDUCAÇÃO MORAL

“Virtude é coisa que se ensina? Ou é coisa adquirida pela prática? É coisa que advém dos homens por natureza ou de outra maneira?” (PLATÃO, 398 A.C).

A discussão sobre o ensino da ética atravessa as eras desde a Antiguidade. O conceito de ensinar se estende além da transmissão de erudição, e devemos entendê-lo como o processo em que há a fomentação de um ambiente ideal para que

o educando seja conduzido à sua própria construção e produção de conhecimento. Portanto, pressupõe autonomia.

Na área do ensino das ciências da saúde, o ensino da ética, historicamente, se construiu através do ensino da Deontologia, ou seja, em um modelo de estudo meramente normativo. A crescente complexidade das inovações tecnológicas, adicionada a sociedades também cada vez mais complexas e pluralistas, com interesses de grupos mais diversificados fez com que esse modelo não fosse mais capaz de atender às necessidades de resposta na prática clínica diária. Casos emblemáticos de pesquisa envolvendo seres humanos passaram a não mais ser considerados aceitáveis e exigiram uma sistematização do pensamento sobre essas questões. Desde a Declaração de Nuremberg (1947), quando os experimentos nazistas foram condenados, surgiram os primeiros conjuntos de princípios que poderiam reger a experimentação utilizando humanos, mas com repercussão prática muito limitada. Seguiu-se a declaração de Helsinki, proposta pela Associação Médica Mundial em 1964, na 18ª Assembleia Médica Mundial, propondo iniciar uma discussão global sobre o tema e definindo princípios simples para a prática clínica.

A Bioética surge nesse contexto, quando seu primeiro grande expoente, Potter (1970), propôs a sua criação como instrumento para ligar a cultura científica à cultura humanística. Entre os seus objetivos como disciplina, descritos por Goldie (2000), estariam ensinar os estudante de medicina a reconhecer aspectos éticos e humanísticos da profissão, permitir a afirmação de preceitos – valores, morais individuais e profissionais e permitir a aplicação desse conhecimento no pensamento clínico.

Estabeleceu-se na década de 1970 uma ética principialista, regido por quatro fundamentos: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Inicialmente propostos no Relatório Belmont (1978), foram catalogados por Tom L. Beauchamps e James F. Childress e estendidos para prática médica em sua obra *Principles of Biomedical Ethics*, de 1979, um clássico da nova ciência, lançando as bases da corrente principialista.

Desde então, como ciência, a Bioética vem desenvolvendo caminhos propostos por outros tantos autores, linhas e entendimentos ao redor do mundo. Europa, Novo Mundo – Austrália desenvolveram diferentes perspectivas de abordagem de questões conflitivas na área da saúde, abrangendo temas desde o uso de animais em experimentos de pesquisa até modos de produção de alimentos.

Na América Latina, com seu conjunto de países emergentes, o tema do acesso aos sistemas de saúde, quase sempre deficitários, se impôs, aliados aos que o mundo inteiro permanece discutindo: transplantes, reprodução assistida, aborto, eutanásia, etc.

O modelo principialista é ainda o modelo referencial mais utilizado para o ensino da Bioética. Sem dúvida, um avanço em relação ao estudo somente de regras e códigos. No entanto, atualmente, ainda incompleto para as questões práticas atuais. Se comporta como uma excelente ferramenta didática, mas demonstra não ser capaz de ser integralmente transposto para a aplicação clínica. Muitas vezes, utilizado como conjunto de deveres, pode ser erroneamente entendido como um novo código, prescrevendo normas de conduta.

Outras tantas linhas de pensamento se desenvolveram ao longo desse tempo, nominadas como utilitarista, representada pelo "autor maldito" Peter Singer, ou o modelo contratualista, do filósofo Hugo Tristram Engelhardt e até uma bioética feminista de Susan Wolf. Todas denotam uma busca de chegar além do principialismo. Há uma tanta quantidade de nomenclaturas de modelos, conforme o autor que se queira citar que emergem das tantas visões de mundo e numa busca de adaptações culturais para resolução de sempre complexos dilemas na Bioética.

Retomaremos à pergunta inicial : seria possível, afinal, ensinar ética ? Como enfatizou Muñoz (2006, p. 221): "ética não se ensina, se discute". Ou citando Segre (2003, p.57):

Bioética não se ensina. Podemos apenas discutir e sensibilizar as pessoas, nossos alunos, nossos ouvintes, para que sintam que o ser humano é algo mais que um conjunto de genes ou de órgãos, ou de qualquer coisa. O ser humano é um ser humano.

Entende-se por formação ética o conjunto do processo ensino-aprendizagem mesclado à vivência da Bioética em bases não apenas normativas, deontológicas, mas aliançada com o desenvolvimento de valores e com a criação de uma identidade profissional durante a graduação, objetivando a formação de um egresso que pense, reflita, dialogue, aja e reaja em situações cotidianas com determinado padrão de atitudes.

Rego (2003) descreveu o processo de socialização do estudante de Medicina como fator crucial na formação moral desse novo participante do grupo onde está adentrando; ele é extremamente motivado para apreender o conhecimento técnico, mas também para parecer-se com um médico. Recebe influências de como se vestir, falar, se portar e decidir, absorvendo a cultura própria da profissão. Essas influências não estão escritas ou codificadas, mas são parte da tradição do grupo social onde está sendo iniciado, possuindo valores específicos. É o chamado currículo oculto. Inegavelmente, estudantes de medicina estão expostos a valores repassados através das relações interpessoais dentro das instituições que habitualmente frequentam.

Segundo esse autor, nos ensinamentos dos cursos médicos há uma instrução para que haja um distanciamento emocional do paciente e, em oculto, de forma prática, este distanciamento se dá pela negação da condição de sujeito do outro; pela negação da capacidade do paciente de pensar e decidir sobre seu destino. De forma técnica e cruel, ensina-se o cinismo de uma atenção desinteressada pelo paciente. (REGO,2003)

Ora, diante de um cenário que parece aterrorizante, onde temos uma formação não dita e não escrita de poderosíssima influência, como poderemos intervir de maneira a oferecer um ambiente saudável e profícuo para o desenvolvimento da competência moral desses estudantes?

O senso comum, ou seja, a percepção da moral aceita majoritariamente numa sociedade e o conjunto de valores trazidos de sua socialização primária, não permitiriam, per si, ao indivíduo médico lidar adequadamente com as pluralidades atuais. Nem tampouco a codificação de regras estabelecidas na Deontologia. Se a sociedade espera dos médicos compaixão, sensibilidade, compromisso, humanidade, cidadania e tantos outros valores que não são necessariamente explícita e continuamente praticados durante formação, temos aí um ponto de dicotomia que precisa ser superado.

Qual seria a forma adequada de adquirir esse conhecimento e a habilidade para praticá-lo? Retomando as premissas de Kohlberg e Lind, a educação seria o principal fator de promoção do desenvolvimento da competência do juízo moral, sendo que há de se garantir um ambiente de aprendizagem favorável para tal. Ao longo dos anos, diversos modelos foram postos à prova, não havendo ainda consenso sobre qual método é mais eficaz em atingir o objetivo de educar moralmente na área da saúde.

Embora madura como disciplina, a Bioética ainda encontra percalços e transtornos, que se iniciam desde qual o impacto real que esse ensino pode produzir e quais os objetivos educacionais que essa disciplina almeja. Deseja-se formar médicos com conhecimento suficiente para serem hábeis nos processos de deliberação moral ou, quase utopicamente, formar médicos virtuosos? Embora haja classificação dos modelos de ensino de Bioética, parece claro que não há separação entre uma linha e outra, mas há de se construir um entrelaçamento de três pontos: raciocínio moral, decisão ética e suas possíveis consequências.

A concepção de Bioética enquanto disciplina está solidificada, mas parece claro que seus temas devem perpassar toda a graduação, se quisermos nos ater aos muros do que determinamos chamar grade curricular. Os dilemas clássicos como retirada ou não introdução de suporte avançado de vida, hemotransfusão em pacientes de grupos religiosos que condenam a prática, e tantos outros, não contemplam a formação. Há a necessidade de discussão de temas e conflitos éticos em todas as disciplinas e em muitas das situações reais vividas pelos estudantes em ambiente de ensino prático. As escolas precisam assumir maior parcela de responsabilidade, desde a introjeção de conceitos que valorizam as humanidades, e praticando-os em seu cotidiano. Valores, princípios e virtudes não podem ser considerados apenas fruto da orientação natural dos homens, mesclada e influenciada pelo ambiente. É necessário que se tome isso como parte imprescindível do “core” de qualquer instituição que pretende ser formadora, mormente na área de saúde, lidando com o bem inestimável da vida. É preciso explicitar a concepção que a ciência existe fundamentalmente para propiciar plenitude de vida em sociedade e paz entre os homens.

Rego e Palacios (2017), descrevem como ingenuidade a expectativa de que a educação institucional, mesmo em seu sentido mais amplo, possa transformar a sociedade, mas apontam para um papel da escola nessa formação. As perguntas no âmbito pedagógico aqui ainda permanecem sem respostas definitivas: o processo educativo pode mudar valores do indivíduo? Se é possível, quais valores devemos ensinar? Quais atitudes são esperadas? Como realizar avaliação dessa formação? Ora, para exemplificar a complexidade das questões, no tocante à avaliação, podemos afirmar que parametrizar uma forma de avaliar atitudes e valores dos estudantes pressupõe uma tentativa de doutrinação, pois exigiria respostas previamente ditas como corretas, distanciando-se do princípio da autonomia na

educação moral. Outra dificuldade, seria atestar a veracidade de atitudes, por exemplo. Feldman e col. demonstraram a facilidade de simular atitudes para atender às expectativas dos examinadores em uma avaliação realizada através de *Objective Structured Clinical Examination* (OSCE), mesmo com estudantes sendo capazes de fundamentar sua escolha quando expostos a situações conflituosas do ponto de vista moral. Ao serem entrevistados após o teste, muitos afirmaram que, em situações reais, não tomariam as mesmas atitudes.

A mudança no caráter de cada aluno deva ser uma expectativa pouco realística, mas há indícios que se pode despertar consciência moral por meio de vivências e discussões.

Retomando ao impacto do currículo oculto, esbarramos na formação dos professores – e não só os da disciplina de Bioética.

“É preciso abandonar a ideia de que o médico professor seja naturalmente ético, apenas por ser médico e professor – esta última também uma categoria profissional à qual se atribui o papel sacerdotal”. (D’AVILA, 2010)

Sobre os métodos para educação da competência moral na área de saúde, as metodologias ativas são citadas em suas diversas formas. O mais tradicional deles, realizado na forma de discussão de casos, pode oferecer a aplicação do conhecimento apreendido e a aplicação de teorias. Os julgamentos simulados tradicionalmente utilizados nas disciplinas de Deontologia, se presta exatamente a exercer as regras dos códigos. *Role-playing*, psicodrama, sociodrama permitem que o estudante possa experimentar a vivência de situações sobre diversos olhares, seja como paciente, como gestor, como familiar. A exibição de filmes tem sido uma arma extensamente utilizada.

Lind (2003), como parte de sua contribuição no estudo do desenvolvimento da competência do juízo moral, elaborou também um modelo, um método para discussão de dilemas. O Método Konstanz de Discussão de Dilemas (*The Konstanz Method of dilemma Discussion* – KMDD) proporciona, segundo o seu autor, aos debatedores, identificar e compreender o problema central de um conflito moral, integrando sentimentos morais e habilidades cognitivas e reflexão. Entretanto, alguns estudos utilizando o método no Brasil não demonstraram diferença quando comparados a métodos tradicionais de ensino da Bioética com estudantes da área de saúde (SERODIO, 2013; OLIVEIRA, 2014).

Atualmente, o campo de estudo sobre quais metodologias podem melhorar o status moral humano pode se estender até as fronteiras da Neuroética, ainda mais nova do que sua matriarca Bioética e ainda sob a discussão sobre se trata de um ramo da Bioética aplicada ou de uma nova disciplina. Embora ainda incipiente, mesmo como debate, há iniciativas no campo da intervenção neuronal, seja com técnicas comportamentais, seja com técnicas não intervencionistas como a TMS (transcranial magnetic stimulation) ou mesmo intervencionistas como a DBS (deep-brain stimulation) na tentativa de ampliação da capacidade do desenvolvimento das habilidades morais das populações. Os advogados dessas intervenções apontam a ineficácia de processos educacionais para a obtenção de resultados significativos. Em breve teremos o clamor da sociedade para que profissionais da área da saúde se submetam a tais intervenções? Vale lembrar que as pesquisas iniciais na seara da neurociência foram financiadas pelo Departamento de Defesa estadunidense, com intuídos de uso bélico, como aumentar o estado de alerta de pilotos, ou na tentativa de minimizar danos comportamentais produzidos em combatentes, estimulando a indiferença emocional na execução de ações de combate ao empreender ataques contra populações civis, por exemplo. A citação desses últimos métodos no presente trabalho presta-se somente a reafirmar que não se pode desconsiderar a importância e a grandeza da discussão desse tema.

De todos os métodos, reconhecendo que cada um possa ter sua serventia, ressalte-se que o fundamental é que os objetivos sejam bem determinados e exaustivamente rastreados em práticas estruturadas, com bibliografia adequada previamente disponível e proporcionando um tempo de discussão e debate que forneça possibilidades de desenvolvimento da razão dialógica de Lind.

3.3 APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS E EDUCAÇÃO MORAL

A Aprendizagem Baseada em Problemas (ou, em inglês, *Problem Based Learning*) surgiu no Canadá, em 1965, criada como método por Barrows, médico e professor na Universidade de Ciências Médicas de MacMaster. Tem bases no construtivismo de Piaget, pressupondo participação ativa do educando e sendo este o centro do processo ensino-aprendizagem. Suas principais características são a aprendizagem significativa e por descoberta, a busca da indissociabilidade da teoria

e prática, assentando-se sobre casos reais, a construção de um currículo integrado, a prática de trabalho em pequenos grupos e a avaliação de concepção formativa.

Este método tem sido apontado como eficiente na formação na área de saúde e há em seu bojo a busca pela capacidade de desenvolver o raciocínio crítico e as habilidades de comunicação para a resolução de problemas clínicos. Favorece a sedimentação de conceitos, partindo do real para a teorização, e permitindo a integração de conhecimentos.

A autonomia do discente sobre a promoção do seu próprio processo de aprendizagem constitui um forte pilar fundamental da concepção da ABP. Ele agora assume papel diligente, proativo, colaborativo e emancipador, junto com seus pares, sobre o conhecimento.

Pela descrição do método Aprendizagem Baseada em Problemas, inicialmente ele se apresenta totalmente adequado ao ensino e apreensão dos temas relacionados ao desenvolvimento moral de estudantes na área da saúde. Não se trata apenas de definir uma metodologia para o ensino da disciplina de Bioética, mas apontar se uma concepção de estruturação de currículo que privilegia a autonomia, o trabalho em grupo e a discussão desde o início da graduação se mostra mais eficaz em promover a educação moral também.

Alguns estudos tratam de modelos de ensino de Ética/Bioética com metodologias ativas. No entanto, ainda não foi possível estabelecer uma supremacia de qualquer método sobre outro, com a literatura mostrando resultados conflitantes.

Uma revisão mostrou que alunos de cursos no modelo PBL, quando comparados aos de currículo tradicional, obtinham avaliação mais positiva nas dimensões sociais, destacando-se a habilidade de comunicar-se de maneira mais eficiente. Estudo da mais antiga escola do método PBL no Brasil, FAMEMA, que tem esse método implantado desde 1997, verificou que não houve diferença significativa quando os alunos foram testados para aferir sua apreensão de tópicos em ética médica. Outro estudo de Gomes et al., (2009) na mesma escola, concluiu, através de depoimentos de egressos da graduação, professores, gestores e usuários que a metodologia utilizada, PBL, contribuiu para a formação de médicos com visão humanista, ativos, críticos e reflexivos.

Goldie et al. (2002), em um robusto estudo de coorte englobando 111 estudantes de medicina, avaliou o impacto de três anos de ensino de ética sobre o comportamento potencial dos alunos diante de dilemas éticos. O estudo era realizado

em pequenos grupos, com maior tempo de aula no primeiro ano. Como resultado, obteve a mensuração de impacto maior justamente nesse ano, mas com resultados decepcionantes no segundo e terceiro anos. Atribuiu essa diferença à carga horária reduzida do ensino de ética nos períodos mais adiantados, mas não deixou de mencionar o provável impacto do currículo oculto sobre essa população.

Um estudo recente de Friedrich (2017) comparou duas metodologias no desenvolvimento da competência moral. Um grupo de 131 estudantes foi submetido a discussões sobre ética e moral, sendo o grupo experimental submetido a discussão de casos reais – uma das premissas da APB e o segundo a temas puramente teóricos. O autor não encontrou significância estatísticas entre os grupos, quando foram submetidos ao MJT.

Serodio (2013) avaliou o impacto de um método do Método Konstanz de Discussão de Dilemas – KMDD) no desenvolvimento das competências do juízo moral do estudante de medicina quando comparado ao método tradicional de ensino da Bioética, não encontrando diferença entre os dois.

Oliveira (2014) em um estudo de desenho muito semelhante também não encontrou diferença entre os grupos após aplicação de uma intervenção pedagógica utilizando o KMDD. Um dado de destaque é que essa pesquisa comparou duas unidades de ensino, uma delas com o projeto pedagógico de concepção que privilegia a autonomia do estudante.

Outro estudo de Trobec (2015) realizado com estudantes de Enfermagem na Eslovênia, comparou metodologia ativa *on line* com ensino de temas éticos de maneira tradicional, discussão presencial em pequenos grupos, e não encontrou diferenças significativas entre as duas configurações de aprendizagem.

Estudo realizado em Taipei por Lin (2013), com estudantes de Enfermagem mostrou que tanto o método tradicional quando PBL foram eficazes para melhorar a sensibilidade ética dos estudantes, sendo que o método PBL foi mais eficaz com significância estatística. Este estudo mediu ainda a satisfação dos alunos com o processo que relataram maior motivação e desenvolvimento de pensamento crítico com a metodologia ativa.

4 METODOLOGIA

4.1 HIPÓTESES

- a) Hipótese 1: Os estudantes de medicina não desenvolvem competência moral ao longo de sua graduação, o que se refletirá em menores ou iguais índices do C score nos grupos dos sétimos períodos quando comparados aos dos primeiros períodos em cada escola;
- b) Hipótese 2: O desenho curricular e o método de ensino são capazes de causar impacto no desenvolvimento da competência moral dos estudantes. Assim, um curso que utilize metodologias ativas e tenha por base o modelo PBL deverá proporcionar um ambiente mais favorável a esse desenvolvimento. Espera-se encontrar níveis de C score mais elevados nos alunos do sétimo período da escola com currículo PBL quando comparado aos alunos do primeiro período da mesma escola e aos do sétimo período da escola tradicional.

4.2 CAMPO DE ESTUDO

O estudo foi realizado em duas escolas de Medicina do Estado do Paraná.

A primeira escola, pública, com formato de ensino tradicional, ensaia pequenas intervenções em metodologias ativas, de forma pontual e muito dependente dos docentes de cada disciplina. Não há uma política institucional delineada sobre isso. Responderam ao questionário 44 alunos do primeiro período e 56 alunos do sétimo período. As disciplinas de Introdução a Bioética e Ética Médica são ministradas no quarto semestre.

A outra escola, privada, está em seu quarto no curso de Medicina e não formou sua primeira turma. Teve o seu curso baseado completamente em PBL e implementa o método em sua totalidade. Tem treinamento habitual dos docentes para metodologias ativas e discentes hábeis nos processos de discussão em grupos tutoriais. Responderam ao teste 29 alunos do primeiro período e 46 do sétimo período.

4.3 DESENHO DO ESTUDO

Estudo de corte transversal, descritivo, com a aplicação do questionário do MCT-xt em alunos dos segundo e sétimo períodos de duas escolas médicas. A competência de julgamento moral foi expressa pelo valor do *escore C*, conforme proposto por Lind (1985) e validado no Brasil por Bataglia (2010).

4.4 INSTRUMENTO

O MJT foi originariamente elaborado em 1977 por Lind com dois dilemas: um sobre a violação da privacidade e da propriedade e outro a respeito da inviolabilidade e sacralidade da vida. Foi planejado de forma a levar o sujeito a enfrentar uma situação de dilemas morais por meio da apresentação de casos onde há soluções já tomadas em direções opostas e conflitantes. O sujeito é convidado a avaliar a decisão do personagem, em uma escala de Likert de -4 a +4. Em seguida, é confrontado a 12 argumentos, sendo seis a favor da decisão do personagem e seis contra. O examinado deve atribuir graus variáveis de relevância aos argumentos estabelecidos. Tais argumentos são elaborados conforme os diferentes estágios de desenvolvimento moral de Kohlberg. Os escores mais altos são concedidos a sujeitos que demonstram capacidade para apreciar a qualidade moral de um dado argumento, independentemente do fato de estarem de acordo, ou não, com o conteúdo da argumentação. Avalia a habilidade cognitiva de fazer juízo de valor sobre o conteúdo de cada argumento, mesmo que não haja sua concordância.

Trata-se de um experimento, no qual uma população é avaliada, não prestando-se para avaliações individuais. Seu principal objetivo é avaliar se os sujeitos são capazes de avaliar a qualidade moral dos argumentos, mesmo sendo contrários a eles. Mais aprofundadamente, isso exige além da cognição, a capacidade de se manter afastado de dogmatismos em relação à suas próprias atitudes. Como descreve Bataglia (Bataglia et al., 2010, p. 30): *"Muitas tarefas morais podem ser imaginadas para avaliarmos a competência moral, mas poucas são factíveis e/ou válidas. A tarefa proposta pelo MJT é a avaliação de contra-argumentos. Isso corresponderia a colocar o sujeito frente a uma situação em que não é possível seguir o curso do que seria sua decisão, seus valores, e exigir que fundamente outro curso de ação"*.

Durante os estudos no Brasil, quando da validação do instrumento para a língua portuguesa, foi percebido que os escores alcançados pelos estudantes brasileiros eram menores dos que os encontrados nos EUA e na Europa. Além disso, no primeiro dilema se distanciavam dos escores no segundo dilema, com valores desproporcionalmente mais baixos. Deu-se a isso o nome de segmentação e foi observado como fenômeno em outros países da América Latina. No intuito de restituir a confiabilidade e a consistência interna do teste, Bataglia elaborou um terceiro dilema cujo tema também é o valor da vida. Atualmente conta com três dilemas e foi renomeado em 2014 *Moral Competence Test*, no Brasil utilizado na forma estendida – MCTxt.

A computação dos dados do MCT é realizada utilizando uma matriz estatística denominada Matriz de Análise Multivariada de Variância (MANOVA), que permite trabalhar com múltiplas variáveis dependentes, e é uma variação dos testes “ANOVA” que se apoiam na hipótese de que se os grupos são semelhantes, a variância dentro dos grupos é semelhante àquela entre os grupos; o que estes testes fazem é comparar a variabilidade das médias de todas as amostras com a variabilidade dentro das amostras. Utilizamos a tabela gentilmente cedida pela professora Patricia Bataglia no formato Excel®, com cálculos já programados.

O teste MCTxt fornece um índice final, denominado *C-score*, como a forma de expressão de valor. O *C-score* varia de 1 a 100 e é considerado médio quando está entre 10 e 29, baixos quando são menores que 10, alto entre 30 e 49 altos e acima de 50 muito altos (LIND, 2000).

O recrutamento dos voluntários se deu em sala de aula, durante o período habitual, sendo realizada explanação sobre o trabalho e, em especial, sobre o que se quer avaliar – não a qualidade moral individualmente, mas a capacidade de se manter alinhado a uma lógica de moral escolhida pelo participante.

4.5 REQUISITOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi avaliada e aprovada pelos Comitês de Ética das duas instituições participantes (Pareceres nº 2.379.224 FPP e 2.459.255 UFPR). Todos os

estudantes que optaram por participar assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B)

5 RESULTADOS

O Teste de Competência do Juízo Moral em sua forma estendida (MCT-xt) foi aplicado aos alunos do primeiro e sétimo períodos de uma escola de formato tradicional, daqui por diante chamada Escola A e aos alunos do primeiro e sétimo períodos de uma escola de formato PBL, denominada Escola B.

Como dito anteriormente níveis de C score são considerados baixos se estão abaixo de 10, médios se estão entre 10 e 29, altos entre 30 e 49 e muito altos acima de 50.

Os resultados são apresentados a seguir. O “C” dos “c scores” se refere à competência do juízo moral.

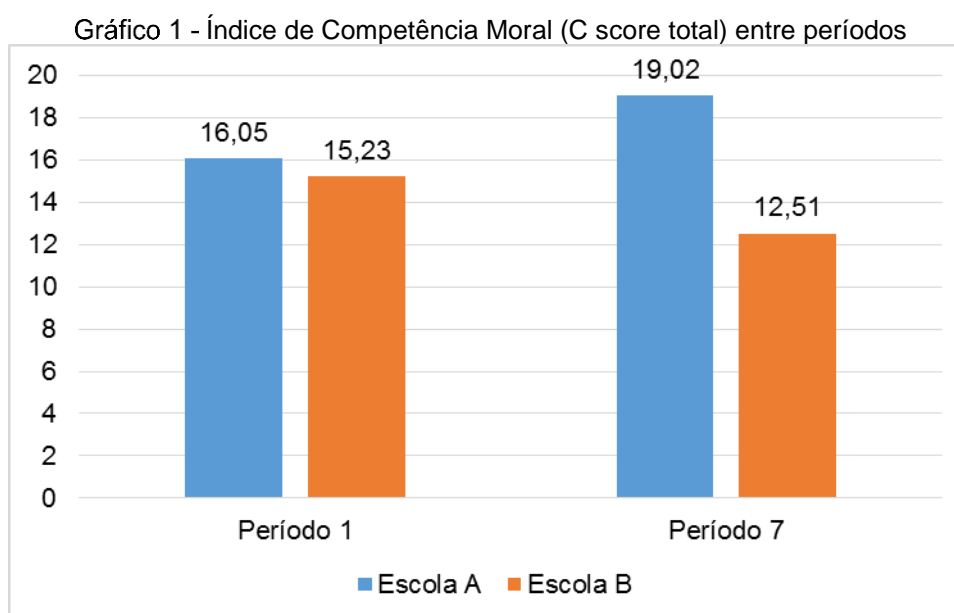
Neste estudo, a Escola A mostrou média de C score de 16,05 pontos, evoluindo para 19,02 pontos no sétimo período. A escola B atingiu média de C score de 15,23 no seu primeiro ano, mantendo-se em 12,51 no seu sétimo período. A Tabela 1 mostra que não houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 1 - Índice de Competência Moral (C score total) entre períodos

Escola	Período 1	Período 7	Significância Estatística
A	16,05	19,02	$p = 0,17^*$
B	15,23	12,51	$p = 0,11^*$

Fonte: A autora (2018)

Nota: *Teste T pareado



Fonte: A autora (2018)

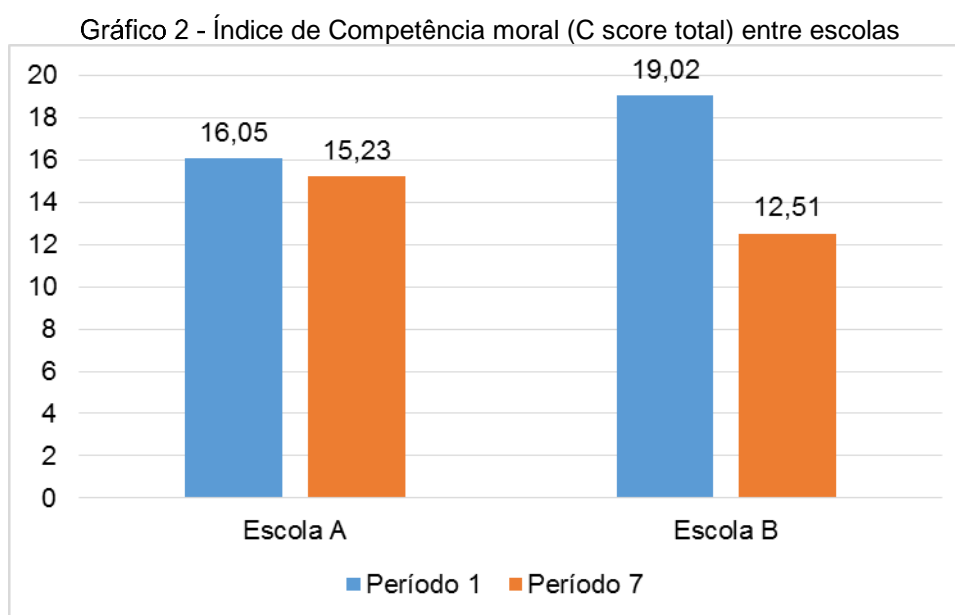
Ao compararmos as escolas entre si, períodos pareados, os achados foram de um índice de competência moral mais elevado no sétimo período da Escola A, conforme mostra a Tabela 2.

Tabela 2 - Índice de Competência moral (C score total) entre escolas

Período	Escola A	Escola B	Significância Estatística
1	16,05	15,23	$p = 0,92^*$
7	19,02	12,51	$p = 0,001^*$

Fonte: A autora (2018)

Nota: *Teste T pareado



Fonte: A autora (2018)

Ao efetuarmos a análise por dilemas, novamente o achado de índices de C score mais elevados no sétimo período da Escola A se repetiu, conforme mostra tabela 3. Embora sem diferença estatisticamente significativa, destaque-se a evolução do primeiro para o sétimo período em todos os índices de C score, mormente no do Dilema do Médico (CD).

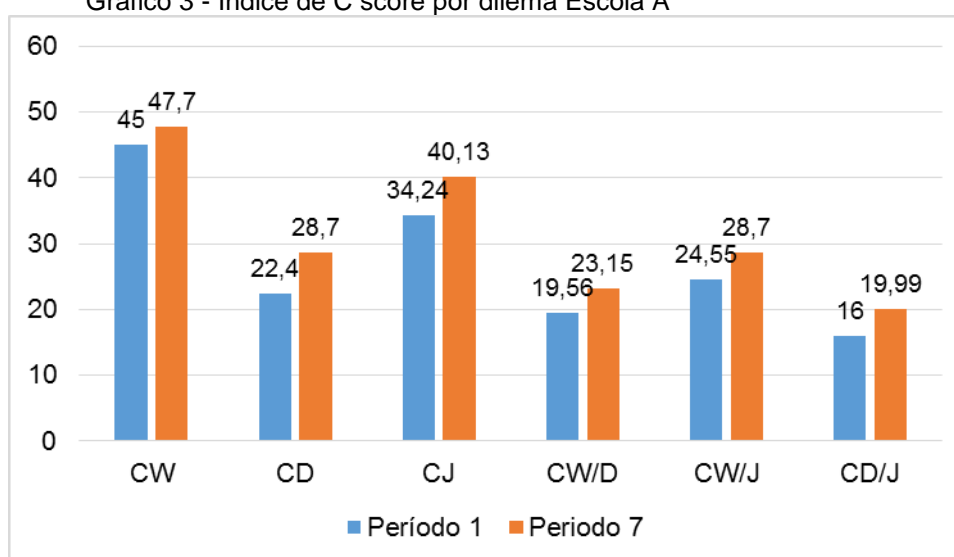
Tabela 3 - Índice de C score por dilema Escola A

Escola A			
Dilemas	Período 1	Período 7	Significância Estatística
CW	45,00	47,70	$p = 0,53^*$
CD	22,40	28,70	$p = 0,08^*$
CJ	34,24	40,13	$p = 0,26^*$
CW/D	19,56	23,15	$p = 0,14^*$
CW/J	24,55	28,70	$p = 0,23^*$
CD/J	16,00	19,99	$p = 0,14^*$

Fonte: A autora (2018)

Nota: *Teste T pareado

Gráfico 3 - Índice de C score por dilema Escola A



Fonte: A autora (2018)

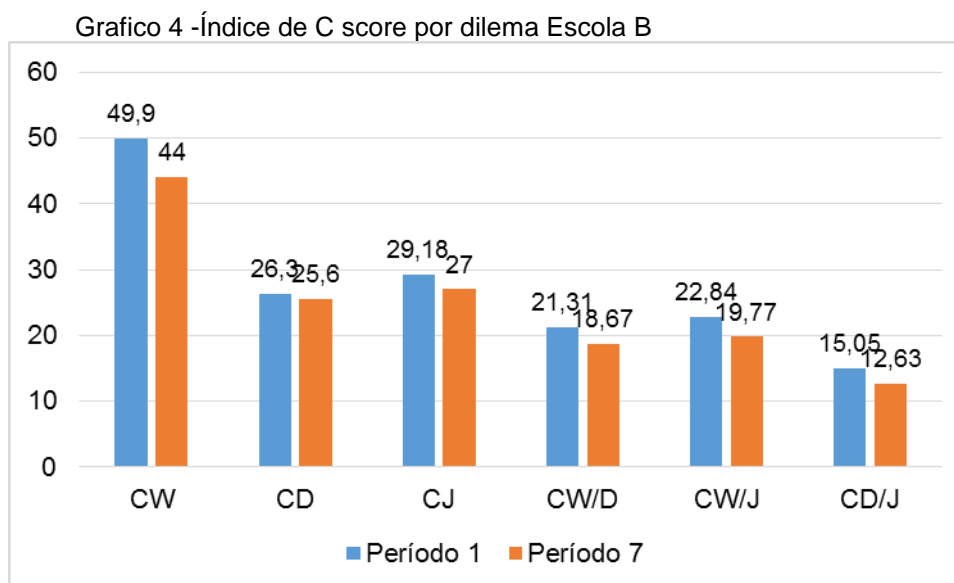
Na escola B as taxas de C score mantiveram-se inalterados, conforme mostra Tabela 4.

Tabela 4 - Índice de C score por dilema Escola B

Escola B			
Dilemas	Período 1	Período 7	Significância Estatística
CW	49,90	44,00	$p = 0,97^*$
CD	26,30	25,60	$p = 0,89^*$
CJ	29,18	27,00	$p = 0,62^*$
CW/D	21,31	18,67	$p = 0,32^*$
CW/J	22,84	19,77	$p = 0,35^*$
CD/J	15,05	12,63	$p = 0,29^*$

Fonte: A autora (2018)

Nota: *Teste T pareado



Fonte: A autora (2018)

Foram comparados ainda os índices de C score por dilema entre as escolas A e B por períodos, de acordo com a Tabela 5.

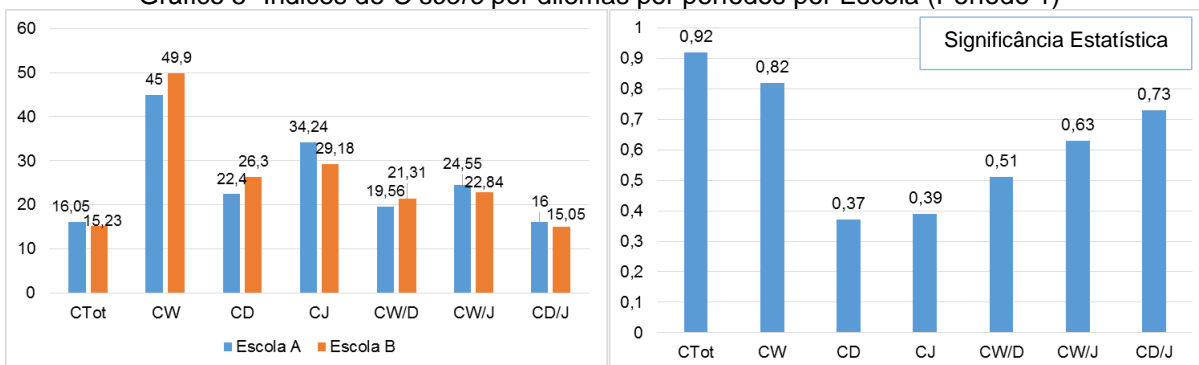
Tabela 5 - Índices de C score por dilemas por períodos por Escola

	Período 1			Período 7		
	Escola A	Escola B	Significância Estatística	Escola A	Escola B	Significância Estatística
CTot	16,05	15,23	p = 0,92	19,02	12,51	p = 0,001*
CW	45,00	49,90	p = 0,82	47,7	44,00	p = 0,42*
CD	22,40	26,30	p = 0,37	28,7	25,60	p = 0,42*
CJ	34,24	29,18	p = 0,39	40,13	27,00	p = 0,03*
CW/D	19,56	21,31	p = 0,51	23,15	18,67	p = 0,06*
CW/J	24,55	22,84	p = 0,63	28,7	19,77	p = 0,003*
CD/J	16,00	15,05	p = 0,73	19,99	12,63	p = 0,003*

Fonte: A autora (2018)

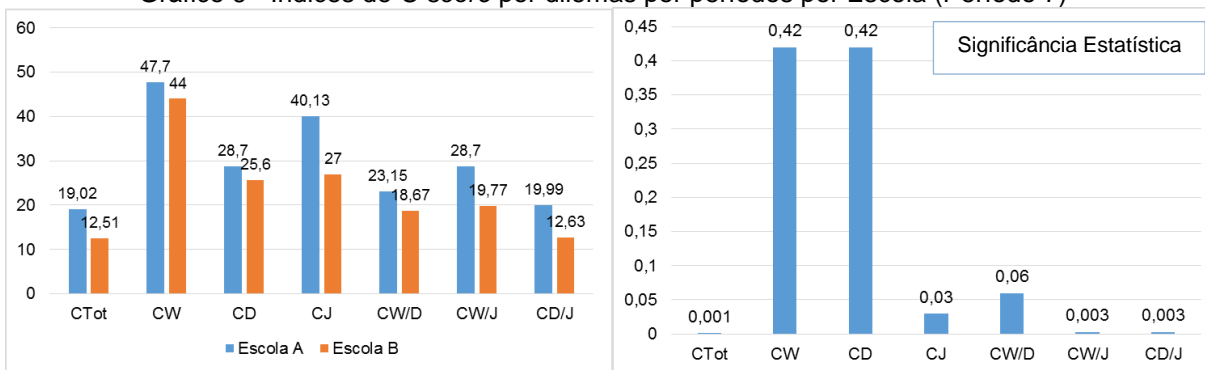
Nota: *Teste T pareado

Gráfico 5 - Índices de C score por dilemas por períodos por Escola (Período 1)



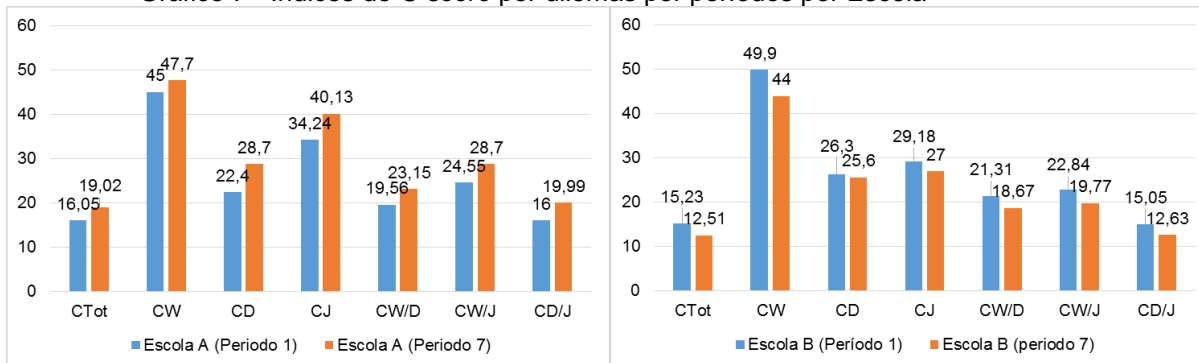
Fonte: A autora (2018)

Gráfico 6 - Índices de C score por dilemas por períodos por Escola (Período 7)



Fonte: A autora (2018)

Gráfico 7 - Índices de C score por dilemas por períodos por Escola



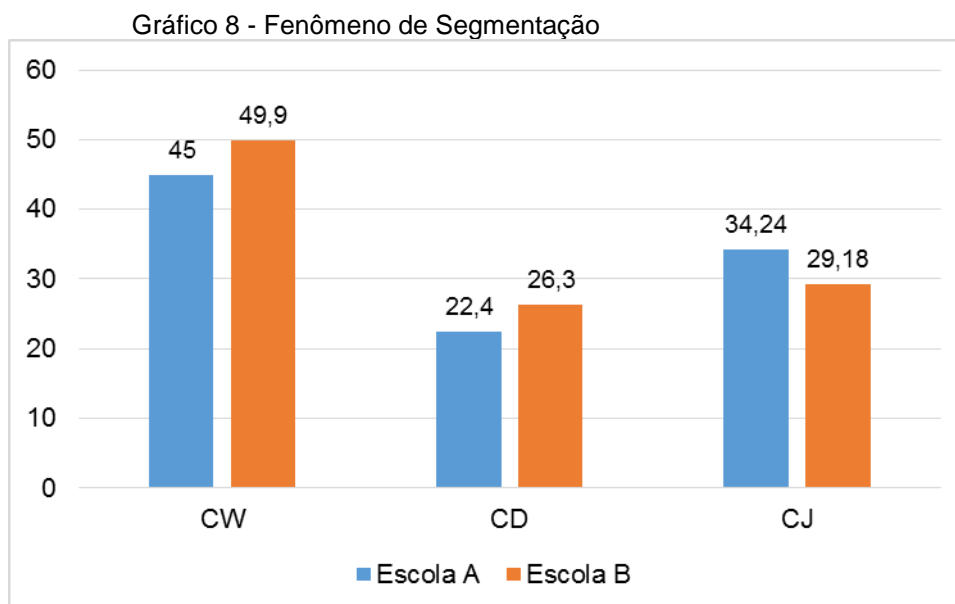
Fonte: A autora (2018)

Esta pesquisa analisou também o fenômeno de segmentação, o que significa índices de *C score* mais elevados nos dilemas do Trabalhador e do Juiz, quando comparados aos do dilema do Médico. Esse tem sido um achado comum em pesquisas latino-americanas e tem ainda suas causas como objeto de estudo de especialistas. Não é objeto focal desse trabalho. A Tabela 6 mostra os dados.

Tabela 6 - Fenômeno de Segmentação

	Escola A	Escola B	Escola A	Escola B
CW	45,00	49,90	47,7	44,00
CD	22,40	26,30	28,7	25,60
CJ	34,24	29,18	40,13	27,00

Fonte: A autora (2018)



Fonte: A autora (2018)

Foi realizada também análise da variância (ANOVA) no intuito de corroborar os achados de diferenças entre os grupos. Uma vez verificado que não havia homogeneidade das variâncias, foi procedido o teste não paramétrico Kruskal-Wallis, seguidos de pós teste de *Turkey*, como mostrado nas Tabela 7 e 8.

Tabela 7 - Análise de variância entre os quatro grupos

Análise de Variância			
	Levene	F	p
C_Total	0,12	3,71	0,01*
C Worker	0,15	0,32	0,81
C-Doc	0,74	0,95	0,41
C-Jud	0,08	3,21	0,02*
C W x D	0,43	1,49	0,22
C Wx J	0,30	3,00	0,03*
C D x J	0,04*	H=8,49	0,04*
Não paramétrico			

Fonte: A autora (2018)

Tabela 8 - Pós teste

Tabela Tukey				
	A1	A7	B1	B 7
C- Total	ab	b	ab	a
C Worker	-	-	-	-
C-Doc	-	-	-	-
C-Jud	ab	b	ab	a
C W x D	-	-	-	-
C Wx J	ab	b	ab	a
C D x J	ab	b	ab	a

Fonte: A autora (2018)

6 DISCUSSÃO

Os estudos sobre o desenvolvimento da competência moral de estudantes na área de saúde no Brasil, embora ainda não componham um corpo robusto ou obtenham conclusões definitivas, têm se avolumado nos últimos anos. Boa parte desses estudos tem como objetivo, assim como este o foi, diagnosticar o patamar em que se encontram esses alunos quando testados através de uma avaliação própria para tal fim.

Esta pesquisa esperava encontrar melhores níveis de competência do juízo moral nos estudantes da escola de projeto curricular dito mais avançado, uma vez que diversos autores têm apontado a importância do ambiente universitário na construção dessa competência. Assim, um modelo de ensino PBL, onde os alunos habitualmente são expostos a discussão e reflexão, bem como levados a construir um protagonismo sobre o processo de ensino-aprendizagem, deveria conduzi-los em paralelo à evolução nos níveis de desenvolvimento da competência do juízo moral.

- a) Hipótese 1: Os estudantes de medicina não desenvolvem competência moral ao longo de sua graduação, o que se refletirá em menores ou iguais índices do C score nos grupos dos sétimos períodos quando comparados aos dos primeiros períodos em cada escola.

Os níveis de C score encontrados na população estudada são semelhantes a outros estudos brasileiros. Os níveis de C score apresentaram-se estratificados como médios, indistintamente entre escolas e entre períodos (Tabela 1). Os resultados entre os períodos dentro de cada escola permaneceram semelhantes na mesma faixa, não havendo diminuição. Disso, se conclui, de imediato, que não houve progressão nem tampouco fenômeno de regressão, mas sim estagnação em ambas as escolas quando comparadas a seus próprios índices nos primeiros e sétimos períodos. Alguns estudos como o de Oliveira (2014) já havia identificado esse estado de estagnação.

- b) Hipótese 2: O desenho curricular e o método de ensino são capazes de causar impacto no desenvolvimento da competência moral dos estudantes. Assim, um curso que utilize metodologias ativas e tenha por base o modelo PBL deverá proporcionar um ambiente mais favorável a esse desenvolvimento. Espera-se encontrar níveis de C score mais elevados nos alunos do sétimo período da escola com currículo PBL quando comparado aos alunos do primeiro período da mesma escola e aos do sétimo período da escola tradicional.

Os dados da pesquisa não confirmaram essa hipótese.

Quando estudados os dados comparativos entre as escolas por períodos, achou-se que a turma do sétimo período da Escola A apresentou índices de *C score* mais elevados quando comparados aos do sétimo período da escola B, com significância estatística nas taxas do *C score* Total (Tabela 2) e dos casos Trabalhadores e Juiz (C W+J) e Médico e Juiz (C D+J) (Tabela 5). Trata-se de um achado não esperado e contrário à hipótese inicialmente levantada de que o método PBL, quando comparado ao método tradicional de ensino proporcionaria níveis mais elevados de *C score*. Outra maneira de avaliar esse achado é inferir que os níveis de *C score* da escola B foram excessivamente baixos, ao invés de demasiadamente elevados na Escola A.

O achado de níveis de *C score* mais elevados na escola de modelo tradicional, remete à necessidade de estudos futuros para averiguação das razões pelas quais esse grupo se coloca de maneira diferente do esperado. A realização de novos testes reafirmou o achado de níveis de *C score* realmente mais elevados do que na Escola B (Tabelas 7 e 8). Uma grata surpresa, embora ainda não se possa afirmar que esse resultado possa ser atribuído ao modelo da escola ou que se repetiria em pesquisa semelhante aplicando a comparação de outras escolas com programas pedagógicos tradicional e baseado em metodologias ativas.

No intuito de buscar explicação para o fenômeno de estagnação detectado na Escola B, vamos nos reportar novamente à teoria do desenvolvimento moral, com suas bases piagetianas, que entende que essa progressão se dá por meio do processo de assimilação e acomodação, na interação do sujeito com seu meio, através das relações sociais. O processo de socialização do estudante de medicina, quando ele precisa ser amoldado aos contornos do seu novo meio, a escola de Medicina, fará com que ele se pareça a imagem esperada por seus pares de um médico: use um jaleco branco, fale termos técnicos, pratique as habilidades próprias da profissão, incorpore ao seu linguajar os jargões dos hospitais. E é precisamente nesse ponto que reside a principal explicação para os achados de estagnação e, por vezes regressão, do desenvolvimento da competência do juízo moral desses estudantes. Embora tenhamos que ressaltar que o impacto desse processo, *per si*, não explica completamente do fenômeno, uma vez que ele existe também em outras profissões. O que haveria de tão ferozmente impactante no meio dos profissionais da área de saúde capaz de produzir tal aberração?

O anteriormente mencionado “currículo oculto” foi assim definido:

[...] 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).

O produto egresso das nossas escolas emerge da confluência de três vertentes: o médico que deveria idealmente sair graduado, o estudante e seu papel na construção desse arquétipo e a escola. O senso comum abriga, no imaginário popular, a figura quimérica de um médico humano, empático, compassivo, bondoso, solidário e capaz de abnegar interesses próprios em favor de outro igual, mas fragilizado, o paciente. O estudante de Medicina, parafraseando Rego, saído da adolescência com a vida dos outros nas mãos, e pertencente a uma sociedade imediatista “*touch*”, atravessa seus seis anos de treinamento e chega aos umbrais da formatura ainda pouco afeito às humanidades e nada disposto a exercitar a difícil arte de colocar-se no lugar de outrem, permanecendo insensível às perspectivas deste. E por fim, temos a escola, esse ambiente hostil e competitivo, repleto de mensagens subliminares de cultura ao ego e manutenção dos *status quo* na postura de seus docentes e preceptores, características estas que se mantem ainda incólumes seja qual for o modelo pedagógico adotado.

7 CONCLUSÃO

Independente do modelo pedagógico escolhido, fomentar uma cultura de autonomia do estudante, mantendo-o como protagonista na tentativa de reverter o processo de estagnação do desenvolvimento da competência do juízo moral a que são submetidos. É necessário pautar esse tema nas escolas, de modo que um grande alerta seja desenhado na entrada de cada curso de Medicina: aqui o aluno será forçosamente submetido a um processo que o levará a uma estagnação e pode mesmo piorar a sua capacidade de lidar com problemas morais. Como para as questões referentes à cognição, o aluno também precisa ser ator principal do seu processo de desenvolvimento na área da competência moral.

Do ponto de vista da escola, para quem se propõe a ser educador, conotado no verbete o seu sentido mais amplo, a busca por implementar uma práxis ética se impõe. A capacitação de docentes precisa atingir altos níveis de discussões acerca da essência do fundamento da função de orientador e modelo, muito além de um bom profissional médico que ministra boas aulas ou conduz habilidosamente uma discussão seja clínica ou de grupo tutorial.

Certamente, as bases para uma prática de ensino da bioética com sucesso parecem estar assentadas mais sobre pilares do que propriamente sobre um método definido. São eles os pilares: manter a autonomia dos participantes das discussões, promover discussões em pequenos grupos, sendo o professor um facilitador das discussões, familiarizando os estudantes com conceitos de humanidades e permitindo que conflitos cognitivos possam dar espaço ao surgimento de uma capacidade verdadeira de diálogo entre os alunos. Além disso, a determinação da instituição de ensino sobre o papel da Bioética, sobre o quanto é valorizada e, na prática, implementada de forma a ser tema recorrente perpassando toda a grade curricular, há de determinar o quanto de investimento se fará para superar a dificuldade de formação que hoje se apresenta. Pressupõe entender esse tão diagnosticado e pouco resolvido problema de estagnação da competência moral do estudante de Medicina como um ponto chave na formação desses egressos, tanto quanto ou até mais importante quanto sua formação para competências e habilidades clínicas práticas. Na realidade, entender que uma boa prática clínica que se deseja formar ao final do curso inclui a busca pelo desenvolvimento das competências morais.

REFERÊNCIAS

- ANTÔNIO, W. et al. Ensino de bioética nas faculdades de medicina no Brasil. *Rev. Bioética*, v. 24, n. 1, p. 98–107, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241111>>. Acesso em: 21 mar 2017.
- ARISTÓTELES, *Ética a Nicômacos*. 2 ed. Brasília: EDUNB; 1992
- BATAGLIA, P.U.R., 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.
- BATAGLIA, P.U.R. A validação do Teste de Juízo Moral (MJT) para diferentes culturas: o caso brasileiro. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, p. 83-91, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722010000100011&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 jan. 2017.
- BATAGLIA, P. U. R.; SCHILLINGER-AGATI, M.; LIND, G.. Moral segmentation in MJT studies: cultural influences. In: *ANNUAL CONFERENCE OF THE ASSOCIATION OF MORAL EDUCATION*, 32., 2006, Friburgo. *Proceedings...* Friburgo: Global citizenship development and sources of moral values, 2006.
- BRANCH, W. T. Supporting the Moral Development of Medical Students. *J Gen Intern Med*, v. 15, p. 503–508, 2000. Disponível em: <<https://link.springer.com.ez22.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1046%2Fj.1525-1497.2000.06298.x.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 116/2014 de 6 de jun de 2014. DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, jun de 2014 – Seção 1 – pp. 8-11 Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15874-es003-14&category_slug=jun-2014-pdf&Itemid=30192>. Acesso em: 18 out.2016.
- CLOTET, J.; FEIJÓ, A.G.S.F; OLIVEIRA, M.G. (Coordenadores). *Bioética : uma visão panorâmica*. Porto Alegre. EDIP UCRS, 2011. 280 p. 016
- CORTINA A, MARTINEZ E. *Ética*. São Paulo: Loyola. 2005. p. 21-32.
- COULEHAN J, WILLIAMS PC. Conflicting professional values in medical education. *Camb Q Healthc Ethics*. 2003 Winter;12(1):7-20.
- D'AVILA, R. L. A ética médica e a bioética como requisitos do ser moral: ensinamentos habilidades humanitárias em medicina. *Revista Bioética*, v. 18, n. 2, p. 311–327, 2010.
- DELGADO-MARROQUÍN, M. T. et al. Análisis de la maduración del juicio moral en el proceso de aprendizaje de la bioética. *Journal FEM*, v. 17, n. 1, p. 55–62, 2014.

Disponível em: <<http://scielo.isciii.es/pdf/fem/v17n1/original6.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2017

DINIZ,D; GUILHEM,D. O que é Bioética. São Paulo. Ed. Brasiliense, 2012.(Coleção Primeiros Passos).121p

ECKLES, R. et al. Academic Medicine medical ethics education- where are we where should we be going a review. *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, v. 80, n. 12, p. 1143–1152, 2005.

ESQUERDA, M. et al. Evaluando la enseñanza de la bioética: formando médicos virtuosos o solamente médicos con habilidades éticas prácticas. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.018>>. Acesso em: 7 jun. 2017.

FIGUEIRA, E.J.G.; CAZZO, E. Apreensão de topicos em etica medica ; comparando PBL com o modelo tradicional. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 50, n. 2, p. 133–141, abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000200027&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 set. 2016.

FINI, LDT. Desenvolvimento Moral: de Piaget a Kohlberg. *Perspectiva*, v. 9, n. 16, p. 58–78, 1991. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/viewFile/9127/10679>>. Acesso em: 10 maio 2016.

FLEXNER, A. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching, 1910.

FRIEDRICH, O. et al. Principle-based structured case discussions: do they foster moral competence in medical students? A pilot study. *BMC Medical Ethics*, v. 18, n. 1, p. 1-8, 2017.

GARZÓN DÍAZ, FA. La neuroética, una nueva línea de investigación para la bioética. *Rev Latinoam Bioét.* 2011;11(1):6-9.

GOLDIE, J. The impact of three years' ethics teaching, in an integrated medical curriculum, on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Medical Education*, v.36, n. 9, p.489-497, 2002. Disponível em: <<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&AN=15327675&D=med4&NEWS=N&CSC=Yfile:///C:/Documents and Settings/ashobeir/Local Settings/ApplicationData/Quosa/Data/My Citations/4eimclstdu9kt886np9uefgbs8.qpw>> <http://onlinelibrary.wiley.com/store/1>>. Acesso em 07 jun.2017

GOLDIE, J. et al. The impact of a modern medical curriculum on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. *Medical Education*, v. 38, n. 9, p. 942–949, 2004. Disponível em:<<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&AN=15327675&D=med4&NEWS=N&CSC=Yfile:///C:/DocumentsandSettings/ashobeir/LocalSetting>>

s/ApplicationData/Quosa/Data/MyCitations/4eimclstdu9kt886np9uefgbs8.qpw
<http://onlinelibrary.wiley.com/store/1>>. Acesso em: 15 abr.2017

GOMES, R, et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, n. 28, p. 1-83. 2009.

GOMES, R. et al. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 33, n. 3, p. 433–440, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300014&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 25 maio 2017.

HOFFMANN K, Hosokawa M, Blake Jr R, Headrick L, Johnson G. Problem-based learning outcomes: ten years of experience at the University of Missouri-Columbia School of Medicine. *Academic Medicine* 2006; 81(7): 617-625. 69.

KOHLBERG L. The philosophy of moral development. *Essays on moral development*. San Francisco: Harper & Row, 1981.

KURTZ, M. J. et al. Interprofessional clinical ethics education: the promise of cross-disciplinary problem-based learning. *AMA Journal of Ethics*, v. 18, n. 9, p. 917–924, 2016.

LANDIM, T. P. et al. Competência de Juízo Moral entre Estudantes de Odontologia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 1, p. 41–49, mar. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022015000100041&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 11 abr. 2018.

LIN, Y.-C. et al. The impact of an interprofessional problem-based learning curriculum of clinical ethics on medical and nursing students' attitudes and ability of interprofessional collaboration: A pilot study. *Kaohsiung. Journal of Medical Sciences*, v. 29, p. 505–511, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.kjms.2013.05.006>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

LIND G, Hartmann HA, Wakenhut R. (Eds.). (1985). *Moral development and the social environment. Studies in the psychology and philosophy of moral judgement and education*. Chicago, IL: Precedent Publishing Inc.1985

LIND G. Growth and Regression in Cognitive-Moral Development. 1985. Disponível on line:http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-1985_Growth-and-Regression.pdf.

_____. Moral regression in medical students and their learning environment. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 24, n. 3, p. 24-33, 2000.

_____. The meaning and measurement of moral competence revisited: a dual- aspect model. *Psicologia Reflexao e Critica*. Porto Alegre. 2000. v. 13, n. 3 Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102 Acesso em: 12 out 2016.

_____. An introduction to the moral judgment test, MJT. 1999. Disponível em: <<http://www.unikonstanz.de/ag-moral/mut/mjt-intro.htm>>. Acesso em: 1 out 2016.

_____. An introduction to the Moral Judgement Test, MJT. 2005. <http://www.unikonstanz.de/ag-moral/mut/mjt-intro.htm>.

_____. 30 Years of the Moral Judgment Test – Support for the Cognitive-Developmental - Theory of Moral Development and Education. 2006. Online./www.unikonstanz.de/ag-moral/b-liste.htm#Beitraege.

_____. Effective Moral Education: The Konstanz Method of Dilemma Discussion Hellenic Journal of Psychology. 2006. Vol. 3. pp. 189-196. Online./www.unikonstanz.de/ag-moral/b-liste.htm#Beitraege.

MORAES, A. D. Intervenção Pedagógica e Construção da Competência Moral em Universitários. 2016. 221 f. Tese (Doutorado) – UNICAMP, São Paulo, 2016 Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/305025/1/Moraes_AntonioDouglas_de_D.pdf>. Acesso em: 3 jan. 2018.

MORENO, C. Moral education in higher education and the transformation of a concern: a historical account. Cambridge: Massachussets, 2005.

MUÑOZ, D.; ROMERO MUÑOZ, D. O ensino da ética nas faculdades de Medicina do Brasil. *Rebem*, v. 27, n. 2, p. 114–24, 2003. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2003/volume272/ensino_da_etica.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2016.

MUÑOZ DR. O Ensino da Bioética nas Escolas Médicas. In: Pessini L, Barchifontaine CP, org. *Bioética e Longevidade Humana*. São Paulo: Ed. Centro Universitário São Camilo, Loyola; 2006. p. 217-35.

OLIVEIRA, M. S. Estudo sobre o desenvolvimento da competência moral na formação do enfermeiro. 2014. 124 f. Tese (Doutorado) – FIOCRUZ/UFRJ/UFF/UERJ, Rio de Janeiro, 2014.

PATENAUDE, J.; NUYONSENGA, T.; FAFARD, D. Change in student's moral development during medical school: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, v. 168, n. 7, p. 840–844, 2003. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov.ez22.periodicos.capes.gov.br/pmc/articles/PMC151989/pdf/20030401s00014p840.pdf>>. Acesso em: 3 out. 2016.

PEDRO, A. P. Ética, moral, axiologia e valores: confusões e ambiguidades em torno de um conceito comum. *Kriterion: Revista de Filosofia*, v. 55, n. 130, p. 483–

498,dez.2014.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-512X2014000200002&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 22 maio 2017.

PIAGET, J. A epistemologia genética. Piaget. São Paulo: Abril Cultural; 1978. p. 1-64. (Coleção Os Pensadores).

PIAGET J. Seis estudos de psicologia. 24a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1999.

PINTO, José Marcelino de Rezende. A teoria da ação comunicativa de Jürgen Habermas: conceitos básicos e possibilidades de aplicação à administração escolar. *Paidéia* (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, n. 8-9, p. 77-96, Aug. 1995. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1995000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 03Oct. 2016.

PLATÃO, A República São Paulo: Nova Cultural; 1999.

REGO, S.T.A.; PALÁCIOS, M.; SCHRAMM, F.R. O ensino da Bioética nos Cursos de Graduação em Saúde. In: MARINS, J.J.N. et al. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica, 2004.

REGO, S.T.A. A formação ética do médico: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

REGO, S.T.A.; PALACIOS, M. Contribuições para planejamento e avaliação do ensino da Bioética. *Rev. Bioética*, v. 25, n. 2, p. 234–43, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252183>>. Acesso em: 5 maio 2018.

RUSH, F. As bases conceituais da primeira teoria crítica. In: Rush F. Teoria crítica. Aparecida: Idéias e Letras; 2008. p. 31- 60.

SCHILLINGER, M. M. Learning environment and moral development: How university education fosters moral judgment competence in Brazil and two German–speaking countries. 2006. 147 f. Tese (Doutorado) - Universidade de Konstanz Alemanha. Disponível em: <<http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:352-176632>>. Acesso em: 19 ago. 2016.

SCHMIDT, H.G.; VERMEULEN, L.; VAN DER MOLEN, H.T. Longterm effects of problem-based learning: a comparison of competencies acquired by graduates of a problem-based and a conventional medical school. *Medical Education*, v. 40, n. 6, p. 562-567, 2006.

SEGRE, M. Ensino da bioética lato sensu. *Bioética*, Brasília, v. 11, n. 2, p. 57-60. 2003.

SERODIO, A. Avaliação da competência do juízo moral de estudantes de medicina: comparação entre um curso de bioética tradicional e um curso de bioética

complementado com o método Konstanz de discussão de dilemas. . 2013. 135 f. Tese (Doutorado) – UNIFESP, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/22823/Tese-14016.pdf?sequence=2&isAllowed=y>>. Acesso em: 2 fev. 2018.

SILVA, TT. Teoria cultural e educação: um vocabulário crítico. Belo Horizonte: Autêntica; 2000.

TROBEC, I. Developing nursing ethical competences online versus in the traditional classroom. *Nursing Ethics*, v. 22, n. 3, p. 352–366, 2015.

TENNISON, MN, Moreno JD. Neuroscience, ethics, and national security: the state of the art. *Plos Biol.* 2012;10(3):e1001289.

U.S. GOVERNMENT Printing Office, “Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10”, Vol. 2. Washington, D.C., 1949: 181-2. Available at: [https:// history.nih.gov/research/downloads/nuremberg. pdf](https://history.nih.gov/research/downloads/nuremberg.pdf).

WOOD, D.F. Problem-based learning. *British Medical Journal*, v. 326, n. 8, p. 328-330. 41, 2003.

WORLD MEDICAL ASSOCIATION, World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA.* 2013;310(20):2191-4.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado Avaliação do Desenvolvimento da Competência Moral de Estudantes de Medicina, cujos objetivos e justificativas são: Comparar o nível de desenvolvimento da competência moral entre estudantes de medicina de instituições com propostas pedagógicas diferentes.

Sua participação no referido estudo será no sentido de responder ao questionário de pesquisa.

A pesquisa realizada apresenta alguns benefícios, tais como: despertar as instituições de ensino para o fenômeno pesquisado, propor medidas de suporte aos estudantes se se mostrar necessário, propor metodologias de ensino mais adequadas a abordagem do tema no curso de Medicina.

Por outro lado, poderá apresentar tais riscos, principalmente da identificação dos participantes da pesquisa. Estes riscos serão minimizados da seguinte maneira: os questionários serão mantidos sigilosos e não identificados. Sua privacidade será respeitada, ou seja, seu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa de qualquer forma lhe identificar, será mantido em sigilo.

Poderá recusar a participar do estudo ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar. Se optar por se retirar da pesquisa não sofrerá qualquer prejuízo à assistência que vem recebendo.

Os pesquisadores envolvidos com o referido projeto são Dra. Dinamene Nogueira e Prof. Dr. Roberto Z. Esteves, vinculados a Faculdades Pequeno Príncipe e com os quais poderá manter contato pelo telefone 3310-1500 Ramal: 1512 ou pelos E-mails: comite.etica@fpp.edu.br / dnogueir@icloud.com

É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como lhe será garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que queira saber antes, durante e depois da sua participação.

Tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifeste seu

consentimento em participar. Não haverá nenhum valor econômico a receber ou a pagar por sua participação.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Pequeno Príncipe – CEP/FPP sob o parecer número 2.379.224 e pelo Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná sob o parecer número 2.459.255 e cujo contato poderá ser realizado pelos telefones 3310-1512 (FPP) e 3360-7259 (UFPR)

Nome:

RG:

Curitiba, _____ de _____ de 2017

Participante da Pesquisa

Declaro que obtive de forma apropriada o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante de pesquisa, representante legal ou assistente legal para a participação neste estudo, e atesto veracidade nas informações contidas neste documento de acordo resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Pesquisador Responsável

Orientador da Pesquisa

ANEXO A – INSTRUMENTO DE PESQUISA

The Moral Competence Test (MCT) **Edição em Português**

O proprietário do copyright de todas as versões do Teste de Julgamento Moral é o autor, Dr Georg Lind. O MCT pode ser copiado livremente quando usado para pesquisa e ensino em instituições públicas. Para o uso do MCT em instituições privadas ou em projetos comerciais (programas de avaliação ou semelhantes), por favor contacte o autor. O copyright conjunto para a versão em português é com a Dra. Patricia Bataglia. O MCT foi elaborado para uso em pesquisas e projetos de avaliação. Ele não foi desenhado como instrumento para diagnóstico individual ou com propósitos de seleção. O MCT foi elaborado para acessar a competência de juízo moral de sujeitos. Esta competência foi definida por Kohlberg como a capacidade de tomar decisões e julgamentos que são morais (i.e. baseado em princípios internos) e agir de acordo com tais julgamentos. (o autor mudou o nome do instrumento de Moral Judgment Test para Moral Competence Test em 2014)

Instruções

Você está recebendo três dilemas éticos para serem analisados:

I) Dilema dos operários, II) Dilema do médico e III) Dilema do Juiz.

Inicie com o dilema dos operários (I). Leia atentamente a descrição do dilema e a solução para ele apresentada. Você deve então, em primeiro lugar, julgar o comportamento dos operários. O que você acha da atitude tomada? Por favor, responda no item A, na escala de -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3 o quanto você concorda ou discorda com o comportamento dos operários. Em seguida, na parte B encontram-se 6 argumentos A FAVOR da atitude dos operários e na parte C, 6 argumentos CONTRA essa mesma atitude. A sua tarefa é decidir, em uma escala de -4, - 3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4 o quanto você aceita ou não, cada um dos argumentos oferecidos em ambas as partes. Assim que terminar, siga as mesmas instruções para o dilema do médico que se encontra no verso e, em seguida, para o do juiz. Note que as escalas que você encontrará devem ser interpretadas da seguinte forma:

-4	Rejeito completamente
-3	
-2	
-1	
0	Indeciso ou impossível decidir
1	
2	
3	
4	Aceito completamente

I. Dilema dos Operários

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

	Forte discordância					Forte concordância			
A - Você discorda ou concorda com o comportamento dos operários?	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
B - Os seguintes argumentos são a favor do comportamento dos dois operários. Suponha que alguém dê essas justificativas para agir como os operários agiram. Você considera essas justificativas aceitáveis? Em uma escala de -4 a +4, como você as classificaria?	Eu rejeito completamente este argumento					Eu aceito completamente este argumento			
1. Eles não causaram muitos prejuízos para a companhia.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
2. Devido ao desrespeito da companhia em relação às leis, os meios utilizados seriam permitidos com o objetivo de restabelecer a lei e a ordem.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
3. A maioria dos operários aprovaria o que foi feito e muitos deles ficariam inclusive satisfeitos.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
4. A confiança entre as pessoas e a dignidade contam mais do que regulamentos internos da empresa.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
5. Desde que a companhia cometeu uma injustiça em primeiro lugar, os operários estariam justificados em arrombar o escritório.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
6. Os operários não viram nenhum meio legal de revelar o mau uso que a companhia fazia das informações dessa forma obtidas e, portanto, escolheram fazer aquilo que consideraram "mal menor".	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
C - Os seguintes argumentos são contra o comportamento dos dois operários. Suponha que alguém dê essas justificativas para não agir como os operários agiram. Você considera essas justificativas aceitáveis? Em uma escala de -4 a +4, como você as classificaria?	Eu rejeito completamente este argumento					Eu aceito completamente este argumento			
7. A lei e ordem na sociedade seriam colocadas em risco se todos agissem como esses dois operários agiram.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
8. Não se deve violar um direito básico como o direito à propriedade e tomar a lei em suas próprias mãos, a menos que algum princípio moral universal justifique agir assim.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
9. É imprudente arriscar-se a ser demitido da empresa por causa de outras pessoas	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
10. Os operários deveriam ter percorrido os canais legais existentes ao invés de ter agido contra a lei.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
11. Se a pessoa quer ser considerada correta e decente, ela não invade um recinto alheio para apropriar-se do que quer que seja.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
12. Os operários não foram afetados pela demissão dos outros empregados e, portanto, não tinham nenhuma razão para roubar as transcrições.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4

II. Dilema do Médico

Havia uma mulher com câncer e não existia nenhuma esperança de salvá-la. Ela estava sofrendo de dores terríveis e tão fraca que uma dose maior de um analgésico como morfina, por exemplo, a mataria. Durante um período de temporária melhora, ela implorou ao médico que lhe desse morfina suficiente para matá-la. Ela disse que não poderia suportar a dor muito tempo mais e que estaria morta em poucas semanas de qualquer modo. O médico atendeu seu desejo.

	Forte discordância					Forte concordância			
A - Você discorda ou concorda com o comportamento do médico?	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
B - Os seguintes argumentos são a favor do comportamento do médico. Suponha que alguém dê essas justificativas para dizer que o médico agiu corretamente. Você considera essas justificativas aceitáveis? Em uma escala de -4 a +4, como você as classificaria?	Eu rejeito completamente este argumento					Eu aceito completamente este argumento			
1. O médico tinha que agir de acordo com sua consciência. O estado de saúde da mulher justificava uma exceção à obrigação moral de preservação da vida.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
2. O médico era o único que poderia realizar o desejo dessa mulher; o respeito pela vontade dela fez com que agisse como agiu.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
3. O médico apenas fez o que a mulher pediu a ele. Ele não precisava se preocupar com possíveis conseqüências negativas.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
4. A mulher teria morrido de qualquer forma e não custou nada a ele dar-lhe uma overdose de analgésico.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
5. O médico não agiu realmente contra a lei uma vez que a mulher não poderia ter sido salva e ele apenas quis abreviar seu sofrimento.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
6. Os seus amigos, parentes e colegas médicos, provavelmente concordariam que a eutanásia era a melhor alternativa para aquela mulher.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
C - Os seguintes argumentos são contra o comportamento do médico. Suponha que alguém dê essas justificativas para dizer que o médico agiu de modo errado. Você considera essas justificativas aceitáveis? Em uma escala de -4 a +4, como você as classificaria?	Eu rejeito completamente este argumento					Eu aceito completamente este argumento			
7. Ele agiu contra as convicções de seus colegas. Se os médicos são contrários à eutanásia, ele não deveria tê-la praticado	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
8. Deve-se ter absoluta confiança no juramento médico de preservar a vida ainda que se trate de alguém que esteja sofrendo muita dor ou quase morrendo.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
9. A preservação da vida é a mais alta obrigação moral de cada um de nós. Como nós não temos critérios morais claros para diferenciar eutanásia de assassinato, não se tem o direito de decidir sobre a vida ou morte de ninguém.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
10. O médico poderia se envolver em sérios problemas. Outras pessoas já foram severamente punidas por fazer algo semelhante.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
11. Seria muito mais fácil ele esperar e não interferir na morte da paciente.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
12. O médico agiu contra a lei. Sendo a eutanásia ilegal, não se deve aceitar pedidos como o daquela paciente.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4

III. O dilema do Juiz

O serviço secreto de um país europeu tem evidências de que um grupo terrorista está planejando um ataque de bomba a um trem muito usado no horário de rush. O ataque está previsto para amanhã. Os terroristas pretendem matar duzentas pessoas e o grupo é conhecido por sua crueldade. O serviço secreto prendeu uma mulher que se sabe ser uma das líderes do grupo terrorista. Há evidências de que a mulher participou do plano de ataque. A polícia acredita que poderia prevenir o ataque se conseguisse que ela falasse. Eles entrevistaram a mulher por várias horas. Entretanto, ela se recusa totalmente a cooperar. O serviço secreto teme que a mulher não fale antes que seja muito tarde para prevenir o ataque. Portanto, eles pedem a permissão ao juiz responsável pela investigação, a permissão para torturá-la e obrigá-la a falar. Nesse país a tortura é proibida por lei. A despeito disso, o juiz deu permissão para torturar a mulher visando prevenir o ataque e salvar a vida de várias pessoas.

	Forte discordância					Forte concordância			
A. Você discorda ou concorda com o comportamento do juiz?	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
B - Os seguintes argumentos são a favor do comportamento do juiz. Suponha que alguém dê essas justificativas para dizer que o juiz agiu corretamente. Você considera essas justificativas aceitáveis? Em uma escala de -4 a +4, como você as classificaria?	Eu rejeito completamente este argumento					Eu aceito completamente este argumento			
1. O juiz está certo porque esta seria a melhor forma de prevenir ataques futuros.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
2. Numa situação extrema, o direito das vítimas tem peso maior do que os direitos do suspeito.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
3. O juiz tem a autoridade para decidir e não precisa se preocupar com conseqüências futuras	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
4. O juiz deve fazer o que ordena sua consciência. Salvar a vida das vítimas, justifica uma exceção à obrigação moral de respeito à vida em geral.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
5.. Como membro da justiça, o juiz tem a obrigação de salvar vidas.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
6. A maioria de seus colegas juizes, provavelmente teria feito o mesmo, se estivesse no seu lugar. O juiz teria a aprovação de seus colegas.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
Os seguintes argumentos são <i>contra</i> o comportamento do juiz. Suponha que alguém dê essas justificativas para não agir como o juiz agiu . Você considera essas justificativas aceitáveis? Em uma escala de -4 a +4, como você as classificaria?	Eu rejeito completamente este argumento					Eu aceito completamente este argumento			
7. A tortura viola os direitos do suspeito e todas as pessoas têm os mesmos direitos.	4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
8. Um juiz deve seguir a lei e nesse país a tortura é ilegal.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
9. O juiz não deveria ter permitido a tortura porque ele poderia ser condenado pelas instâncias superiores.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
10. Ele agiu contra a convicção de seus colegas juizes e por isso perderia o respeito de seu grupo.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
11. O juiz está errado porque a vida humana deve ser o mais alto valor moral. Uma vida humana não pode ser usada como meio para atingir um fim.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
12. Agindo assim, o juiz arriscou sua própria reputação.	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4

**ANEXO B – APROVAÇÃO COMITÊ ÉTICA FACULDADE PEQUENO PRÍNCIPE-
FPP**

**FACULDADE PEQUENO PRÍNCIPE –
FPP**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA MORAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA 2 DUAS ESCOLAS, DOIS MUNDOS

Pesquisador: DINAMENE DE OLIVEIRA NOGUEIRA OTANI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 73575617.4.0000.5580

Instituição Proponente: Faculdade Pequeno Príncipe

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.379.224

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 13 de Novembro de 2017

Assinado por:

Leide da Conceição Sanches (Coordenador)
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

ANEXO C – APROVAÇÃO COMITÊ ÉTICA UFPR

**UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO PARANÁ**



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA MORAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA 2 DUAS ESCOLAS, DOIS MUNDOS
Pesquisador: DINAMENE DE OLIVEIRA NOGUEIRA OTANI
Área Temática:
Versão: 5
CAAE: 73575617.4.3001.0102
Instituição Proponente: Coordenação do Curso de Medicina do Setor de Ciências da Saúde
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.459.255

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
Todas as pendências foram atendidas.
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Aprovado.
Considerações Finais a critério do CEP:

Situação do Parecer:
Aprovado
Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CURITIBA, 02 de Janeiro de 2018

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)