

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS UNIDADE ACADÊMICA
DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAUDE COLETIVA NÍVEL DOUTORADO**

MELISSA CARVALHO MARTINS DE ABREU

SENSIBILIDADE MORAL E A FORMAÇÃO ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

**São Leopoldo
2021**

MELISSA CARVALHO MARTINS DE ABREU

SENSIBILIDADE MORAL E A FORMAÇÃO ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

Projeto de Pesquisa apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós- Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientador(a): Dr. Jose Roque Junges
Co-orientadora: DraRafaela Schaefer

São Leopoldo
2021

A162s Abreu, Melissa Carvalho Martins de.
Sensibilidade moral e a formação ética do estudante
de medicina / por Melissa Carvalho Martins de Abreu. –
2021.
119 f. : il. ; 30 cm.

Tese (doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,
São Leopoldo, RS, 2021.
Orientador(a): Dr. Jose Roque Junges.
Co-orientadora: Dra. Rafaela Schaefer.

1. Formação ética. 2. Currículo oculto. 3. Sensibilidade
moral. 4. Educação médica. 5. Estudantes. I. Título.

CDU: 61:378.6:17

DEDICAÇÃO

Dedico esse trabalho à Deus. Sem Ele seria impossível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos alunos de Centro Universitário de Mineiros, Goiás, por terem sido solícitos com as informações necessárias para a execução deste trabalho. Obrigada à Reitora Juliene Rezende Cunha pela oportunidade e apoio de realizar esse desafio.

Rafaela Schaefer, foi uma honra ter tido você como minha Co-orientadora. Obrigada por trilhar essa jornada comigo e tornar as dificuldades da tese muito mais leves. Obrigada por sempre me mostrar “uma luz no fim do túnel”. Obrigada pela paciência, compreensão e aceitação de todas as minhas falhas. Obrigada pelas parcerias de pesquisa.

Sou muito grata por ter recebido um presente na metade do curso do doutorado: Juliana Scherer. Não “ganhou” nenhum título de Co ou Orientadora. Mas atuou como se fosse e me ajudou a encontrar diversos caminhos para a descrição da minha tese. A sua participação na banca de qualificação e novamente na banca de defesa foi um presente para mim. Obrigada por sempre me inspirar a evoluir. Obrigada por acreditar em mim e me proteger em todos os sentidos.

Rafaela e Juliana, vocês são magníficas e perfeitas! Fui privilegiada por terem vocês nessa caminhada.

Meu querido Padre Roque. O que dizer do senhor, meu Orientador. Simplesmente um pai. Soube em sua infinita sabedoria puxar as orelhas e ser acolhedor. Me fez fazer muitas reflexões na minha vida pessoal e principalmente pessoal. Me fez refletir enquanto docente. Acredito que hoje sou uma pessoa, uma mãe e uma profissional muito melhor. Obrigada pela serenidade, a tranquilidade, a paz transmitida associadas a um toque de firmeza e pressão. Sem isso, nada iria para frente. Gratidão eterna. Obrigada por ter permitido ser sua aluna. O senhor é perfeito e de conhecimento único.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), Marcos Pascoal Patussi, seus ensinamentos compartilhados durante as aulas e pós aulas foram fundamentais para gerar e aperfeiçoar esta tese. Obrigada professora Tonantzin, simplesmente por tudo.

À secretária do nosso Programa de Pós-Graduação, Cristiane Almeida, você é excepcional! Sempre pronta a ajudar, alunos e professores, com os trâmites de processos internos e tantas outras demandas.

“A técnica e a ética nos ensinam algo em comum: o respeito – este, sobretudo, nos acompanha em cada sessão, em cada escuta, em cada acolhimento.” Lavínia Lins

RESUMO DA TESE

A presente tese, elaborada no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), teve como objetivo investigar as condições de saúde de estudantes universitários da área da saúde dos campi Mineiros e Trindade do Centro Universitário Mineiros-UNIFIMES, Goiás, em 2022. Todos os alunos assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Espera-se que o estudo contribua para levantar informações sobre a formação ética do estudante de medicina e a influência do currículo oculto na sua socialização para que possa evitar esses acontecimentos. A partir disso, a tese apresenta dois artigos: (I) Sensibilidade Moral e a formação ética do estudante de medicina, estudo qualitativo; (II) Medição da Sensibilidade Moral dos acadêmicos de Medicina, estudo transversal, quantitativo. A amostra do estudo foi composta por 74 estudantes de medicina que estavam cursando o estágio obrigatório, internato.

O primeiro artigo foi realizado um estudo qualitativo, por meio de uma entrevista coletiva, visando compreender os aspectos que influenciam a sua formação ética durante a faculdade, entre estudantes de medicina, nos dois últimos anos do curso. Neste observou-se que ensino foi considerado teórico e abstrato, não pautado pela reflexão sobre a prática clínica e as metodologias empregadas não eram ativas. O clima ético nos locais de práticas se mostrou pela competição com outros profissionais, com hostilidade e conflito. A atitude dos médicos preceptores era de contínua crítica e desvalorização dos estudantes. Essas situações apontam para a influência do currículo oculto, dificultando a formação da sensibilidade moral na formação ética do estudante de medicina.

O segundo artigo, que faz parte do projeto guarda-chuva do grupo do doutorado, de base universitária cuja coleta de dados foi por meio de um questionário autoaplicado, padronizado e pré testado. A coleta de dados deu-se em sala de aula e o questionário incluiu uma questão sobre sensibilidade moral. Foi realizado treinamento de uma equipe para ajudar na aplicação do questionário, infelizmente não cumpriram com o compromisso. Foi realizado o teste piloto com a ajuda da Professora Tonantzin. Após, apliquei os questionários na Unidade Mineiros, em praticamente em todas as turmas e outra colega em duas turmas. Um terceiro colega aplicou os questionários na Unidade Trindade, porém sem grandes sucessos. Fiz toda a codificação de todos os dados dos questionários aplicados

em Mineiros, sozinha. A entrada dos dados foi feita por meio do software EpiData versão 3.1, em dupla entrada. Posteriormente, a digitação foi comparada com fichas originais de modo a eliminar erros de digitação. A consistência e a análise dos dados foram realizadas no software Statano. No mês de julho de 2024 fizemos análise estatística dos dados. Os mesmos não foram satisfatórios, ou seja, *p* insignificante. Com isso levantamos a hipótese de submeter novamente ao comitê de ética a coleta de mais dados. Ou seja, aplicar novamente o questionário aos alunos atuais do internato médico e com isso somar ao grupo anterior. Foi aprovado pelo comitê de ética e foi aplicado e codificado os questionários. Entretanto não foi realizado a digitação e não foi introduzido essas informações no banco de dados. Não tive tempo hábil.

Para desenvolver esse segundo artigo, em sua primeira tentativa, utilizamos um estudo transversal, abordagem quantitativa, com aplicação de dois questionários autoaplicáveis: o Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ) e o Currículo Oculto Questionnaire (C³), respondidos por 74 estudantes matriculados a partir do 9º semestre. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva (média e desvio padrão), avaliação da consistência interna pelo alfa de Cronbach e testes de correlação bivariada, com auxílio do software SPSS. A presente pesquisa não evidenciou dados significativos. Será necessário aumentar o N para podermos conseguir significância.

Com isso, optamos para esse momento, realizar a investigação do perfil demográfico da Sensibilidade Moral dos Estudantes de Medicina em regime de internato. Utilizamos os dados do banco de dados para fazer esse levantamento. Esse estudo indicou que o perfil demográfico é predominantemente feminino, branco, solteiro, sem filhos e sem atividade laboral remunerado e se identifica como católica. A média da sensibilidade moral foi de 3,581 (DP +/- 0,42) e teve uma correlação com religião ($p=0,0009$), sendo uma sensibilidade maior com os não católicos com média de 3,76 (DP +/- 0,39). O questionário foi dividido em seis dimensões: “Respeito à autonomia do paciente” com média de 4,49 (DP +/- 0,5), “Autonomia modificada” com média 3,792 (DP +/- 0,82), “Conflito Moral” média 2,896 (DP +/- 0,69), “Conhecimento Profissional” média 2,810 (DP +/- 0,83), “Significado Moral” média 3,884 (DP +/- 0,65), “Trabalho em equipe” média 3,618 (DP +/- 0,72). As variáveis que demonstraram associação foram os estudantes que tem filhos em relação a dimensão “autonomia modificada”, e a religião em relação à “autonomia modificada”, à “conflito moral” e à “trabalho em equipe”. O trabalho concluiu que entre as seis dimensões avaliadas pelo

questionário MSQ, a que apresentou maior sensibilidade moral foi “Respeito à Autonomia do Paciente”, enquanto “Conhecimento Profissional” obteve a menor média, o que sugere que o domínio técnico ainda não está suficientemente integrado a princípios éticos no processo formativo. Dentre as variáveis sociodemográficas analisadas, a religião foi a que mais se associou à sensibilidade moral, com impacto em três dimensões do questionário, indicando que valores pessoais interferem na construção ética dos estudantes. Esses achados reforçam a necessidade de currículos que articulem conhecimento técnico e formação ética de forma indissociável, incorporando vivências pessoais, espaços de escuta e práticas reflexivas no ambiente clínico.

Palavras-chave: Formação Ética; Currículo Oculto; Sensibilidade Moral; Educação Médica.

THESIS ABSTRACT

This thesis, developed in the Postgraduate Program in Public Health at the Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), aimed to investigate the health conditions of university students in the health area at the Mineiros and Trindade campuses of the Centro Universitário Mineiros-UNIFIMES, Goiás, in 2022. All students signed a Free and Informed Consent Form. It is expected that the study will contribute to gathering information about the ethical formation of medical students and the influence of the hidden curriculum on their socialization so that they can avoid these events. Based on this, the thesis presents two articles: (I) Moral Sensitivity and the Ethical Formation of Medical Students, a qualitative study; (II) a cross-sectional study that explores the relationship between moral sensitivity and the hidden curriculum, through the application of statistical tests. The study sample consisted of 128 medical students who were taking the mandatory internship.

The first article was a qualitative study, through focus group discussion, aimed at understanding the aspects that influence ethical training during college among medical students in the last two years of the course. In this study, it was observed that teaching was considered theoretical and abstract, not guided by reflection on clinical practice, and the methodologies used were not active. The ethical climate in the practice locations was demonstrated by competition with other professionals, with hostility and conflict. The attitude of the preceptor doctors was one of continuous criticism and devaluation of the students. These situations point to the influence of the hidden curriculum, hindering the formation of moral sensitivity in the ethical training of medical students.

The second article, which is part of the umbrella project of the doctoral group, is university-based and whose data collection was through a self-administered, standardized and pre-tested questionnaire. Data collection took place in the classroom and the questionnaire included questions about moral sensitivity and the hidden curriculum. Training was provided to a team to help administer the questionnaire, unfortunately they did not fulfill the commitment. A pilot test was carried out. Afterwards, I applied the questionnaires at the Mineiros Unit, in practically all classes, and another colleague applied them to two classes. A third colleague applied the questionnaires at the Trindade Unit. All data was coded. Data entry was done using EpiData version 3.1 software, in double entry. Afterwards, the typing was compared with original forms in order to eliminate typing errors. Data consistency and

analysis were performed using Statano software. In July 2024, we performed a statistical analysis of the data. The results were not satisfactory, that is, p was insignificant. Therefore, we raised the hypothesis of submitting the collection of more data to the ethics committee again. In other words, applying the questionnaire again to current medical internship students and thus adding them to the previous group. The ethics committee approved it and the questionnaires were applied and coded. However, typing was not performed and this information was not entered into the database. To develop this second article, we used a cross-sectional study, with a quantitative approach, with the application of two self-administered questionnaires: the Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ) and the Hidden Curriculum Questionnaire (C³), answered by 128 students enrolled in the 9th semester or later. The data were subjected to descriptive statistical analysis (mean and standard deviation), internal consistency assessment by Cronbach's alpha and bivariate correlation tests, with the aid of SPSS software. This research did not show significant data. It will be necessary to increase the N in order to achieve significance.

Therefore, we decided to conduct a study of the demographic profile of the Moral Sensitivity of Medical Students in internships. We used data from the database to conduct this survey. This study indicated that the demographic profile is predominantly female, white, single, without children and without paid work, and identifies as Catholic. The mean moral sensitivity was 3.581 (SD $\pm$ 0.42) and was correlated with religion ($p = 0.0009$), with greater sensitivity among non-Catholics, with a mean of 3.76 (SD $\pm$ 0.39). The questionnaire was divided into six dimensions: "Respect for patient autonomy" with a mean of 4.49 (SD $\pm$ 0.5), "Modified autonomy" with a mean of 3.792 (SD $\pm$ 0.82), "Moral conflict" with a mean of 2.896 (SD $\pm$ 0.69), "Professional knowledge" with a mean of 2.810 (SD $\pm$ 0.83), "Moral meaning" with a mean of 3.884 (SD $\pm$ 0.65), "Teamwork" with a mean of 3.618 (SD $\pm$ 0.72). The variables that demonstrated an association were students who have children in relation to the "modified autonomy" dimension, and religion in relation to "modified autonomy", "moral conflict" and "teamwork". The study concluded that among the six dimensions assessed by the MSQ questionnaire, the one that presented the greatest moral sensitivity was "Respect for Patient Autonomy", while "Professional Knowledge" obtained the lowest average, which suggests that technical mastery is not yet sufficiently integrated with ethical principles in the training process. Among the sociodemographic variables analyzed, religion was the one that was most associated with moral sensitivity, with an

impact on three dimensions of the questionnaire, indicating that personal values interfere in the ethical construction of students. These findings reinforce the need for curricula that articulate technical knowledge and ethical training in an inseparable way, incorporating personal experiences, listening spaces and reflective practices in the clinical environment.

Keywords: Ethical Training; Hidden Curriculum; Moral Sensitivity; Medical Education.

SUMARIO DA TESE

1. APRESENTAÇÃO DA TESE	11
2. PROJETO DE DOUTORADO	12
3. RELATÓRIO DE PESQUISA	71
4. ARTIGO CIENTIFICO I	73
5. ARTIGO CIENTÍFICO II	91

1. APRESENTAÇÃO DA TESE

Seguindo as normativas do Programa de Pós-Graduação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), a presente tese é composta por cinco seções:

1. Projeto de pesquisa. Nesta seção será apresentado o projeto de pesquisa que detalha as etapas do planejamento do estudo, bem como aponta os fundamentos conceituais de base para esta investigação. O projeto foi aprovado pela banca de qualificação em 21 de junho de 2024 e após as sugestões da banca, foram realizadas alterações no projeto, as quais são detalhadas no relatório de pesquisa;
2. Relatório de pesquisa. Descreve as principais etapas desenvolvidas nos quatro anos de doutorado para a construção da tese;
3. Artigo científico I. Apresenta o primeiro artigo, intitulado “Sensibilidade Moral e a Formação Ética do Estudante de Medicina” já submetido na Revista Brasileira de Educação Médica no dia 12 de fevereiro de 2025;
4. Artigo científico II. Apresenta o segundo artigo, intitulado “Sensibilidade Moral de Estudantes de Medicina em regime de internato em um Centro Universitário do Interior de Goiás”. Este está pronto e será submetido a revista científica Interface.
5. Considerações finais. A última seção expõe as principais considerações do estudo/tese.

2. PROJETO DE DOUTORADO

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Parecer nº 5.595.034

O projeto foi submetido a qualificação no dia: 21/06/2024

Banca: Juliana Scherer, Maria Letícia Ikeda, Gabriel Ferreira da Silva

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
NBR	Normas Brasileiras de Regulação
DNC	Diretrizes Nacionais Curriculares
UNB	Universidade de Brasília
OMS	Organização Mundial de Saúde
ABEM	Associação Brasileira de Educação Médica
SUS	Sistema Único de Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
OPAS	Organização Pan-Americanos de Saúde
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos cursos de Medicina
VER-SUS	Estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos da saúde
PRO-SAÚDE	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
ABP	Aprendizagem Baseada em Problemas
CFM	Conselho Federal de Medicina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 Tema	7
1.2 Delimitação do tema.....	7
1.3 Problema	7
1.4 Questão de Pesquisa.....	8
1.5 Objetivos.....	8
1.5.1 Objetivo geral.....	8
1.5.2 Objetivos específicos.....	8
1.6 Hipótese.....	8
1.7 Justificativa	8
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1. Currículo da Medicina.....	10
2.2 Currículo Oculto.....	20
2.3 Sensibilidade Moral	26
4. METODOLOGIA	36
4.1 Desenho do Estudo.....	36
4.2 Estudo quantitativo.....	38
4.2.1. Métodos.....	38
4.3 Estudo qualitativo	45
4.3.1. Tipo de estudo	45
4.3.2. Matriz teórica.....	45
4.3.3. Descrição do local do estudo Qualitativo	46
4.3.4. Logística da Coleta de dados	46
4.3.5. Modelo de análise dos dados.....	47
5. ASPECTOS ÉTICOS	47
6. CRONOGRAMA.....	49
7. ORÇAMENTO.....	49
8. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	49
APENDICE 1 – QUESTIONÁRIO	54
APENDICE 2 – TCLE MAIOR QUE 18 ANOS.....	76
ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA.....	77

1 INTRODUÇÃO

A formação e a educação do estudante de medicina brasileiro moldam-se conforme as exigências sociais e por isso está em constante evolução.

A sociedade vigente, somada às inovações e aos avanços tecnológicos, exigem cada vez mais um modelo de ensino médico que atenda às necessidades básicas da população.

Nos últimos dez anos, com as novas Diretrizes Nacionais Curriculares, o curso de medicina passou a exigir do egresso, uma formação geral, humanista, crítica e reflexiva, com capacitação a atuar, sempre pautado em princípios éticos conforme as regras do órgão de classe e código de ética. (MACEDO, A. R; DNC 2014).

Estas regras são exigidas em todo o processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano. (MACEDO, A. R; DNC 2014).

Neste sentido, tanto as instituições de ensino como os seus docentes e discentes, precisam se adequar às mudanças da ciência e da sociedade corrente. Necessitam também evitar os efeitos indesejáveis adversos do desenvolvimento e da amplificação tecnológica, transmitindo aquilo que se é cobrado, a humanização da saúde. Ou seja, é preciso um ensino com convicção humanista e humanizadora, resgatando a face humana da medicina. (Semberoiz, 2015)

Conforme o Ministério da Educação do Brasil, representado pelo presidente da Comissão do Conselho Nacional de Educação, Gilberto Gonçalves Garcia (D.O.U 06/06/2014, seção 1, Pág.17), o curso de medicina, deve se adequar para conseguir formar profissionais que exercerão suas atividades, considerando-se as seguintes características: *“curiosidade científica e interesse permanente pelo aprendizado, com iniciativa na busca do conhecimento; espírito crítico e consciência da transitoriedade de teorias e técnicas, assumindo a necessidade da educação continuada ao longo de toda a vida profissional;*

domínio dos conhecimentos básicos necessários à compreensão dos processos relacionados com a prática médica; iniciativa criadora e senso de responsabilidade na busca de soluções para os problemas médico-assistenciais de sua competência; visão social dos problemas médicos; preparação técnica e motivação para participar de programas que visem a informar e educar a população no sentido de preservar a saúde e prevenir doenças, incluindo promoção de autocuidado; capacidade para trabalhar em equipe, aceitar e atribuir responsabilidade com maturidade para fazer e receber críticas construtivas; engajamento nos processos decisórios que envolvam interesse da comunidade, principalmente no processo de análise e implantação de um sistema de saúde que garanta a efetivação do princípio constitucional de “Saúde para todos”; ética e sensibilidade humana.”

Com o propósito de atender a essas necessidades, foi implantado, no Brasil, as Diretrizes Nacionais Curriculares no ano de 2001, acompanhando o contexto mundial de transformação de referenciais da educação médica e das políticas de saúde para que o estudante de medicina possa desenvolver habilidades técnico-profissionais e adquira valores morais e modo de pensar reflexivo.

Em 2014, devido as novas demandas da área da saúde no Brasil, houve uma atualização das Diretrizes Nacionais Curriculares, com necessária articulação para uma nova formação do egresso de medicina. Este necessita conter conhecimento, habilidade e atitudes em três áreas: atenção à saúde, gestão em saúde e educação em saúde (DNC, 2014).

Com o intuito de atender as DNC, o docente de medicina terá uma relação continuada junto ao discente, realizando a mediação, auxiliando planejamento, corrigindo as deficiências, desenvolvendo novas estratégias de gestão do conhecimento (competências ético profissionais), ajudando a lidar com as adversidades do processo de profissionalização, estimulando a sua reflexão crítica e autocrítica. Essa ação fortalece o currículo informal, ou seja, o currículo oculto. (BELLODI e MARTINS, 2023)

Paralelamente, a instituição formadora, com o seu referencial de ensino bem definido, deve ser capaz de monitorar o processo de formação do estudante, identificando suas qualidades e apontando fragilidades. (BELLODI e MARTINS, 2023)

A instituição tem de enfatizar a sua preocupação com a formação sociocultural e desenvolvimento de seus estudantes em relação a valores, a definição de projetos de carreira, a aquisição e desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal, liderança e empreendedorismo. Tem ainda a missão de educar cidadãos responsáveis em um espaço aberto de aprendizagem permanente. (BELLODI e MARTINS, 2023)

A aprendizagem do domínio cognitivo é totalmente ineficaz se não for acompanhada pela maturidade afetiva dos alunos e pelo exemplo explícito do corpo docente, pois a qualidade e a excelência não se encontram apenas nos conteúdos científicos ou técnicos, está relacionada também no comportamento e nas atitudes do ser humano - dos alunos e docentes. (BELLODI e MARTINS, 2023).

Por isso é de extrema importância desenvolver, durante a socialização do estudante de medicina, o caráter moral e fomentar o crescimento intelectual, emocional e ético. Uma vez desenvolvido, o aluno será capaz de ter habilidades para transpor ideias e ter atitudes humanistas ao próximo com empatia. (Semberoiz, 2015)

A qualidade de aprendizagem mais importante sobre ética é aquela que acontece entre os professores e estudantes de medicina principalmente quando aquele está disposto a cuidar tanto de suas disciplinas quanto de seus alunos, aumentando assim a excelência do ensino e potencializando o profissionalismo. (Semberoiz, 2015)

A essência do profissionalismo, este definido pela honestidade e integridade, humildade, respeito e capacidade de atender as demandas dos pacientes, colegas e sociedade, está nas condutas que corroboram um vínculo peculiar dos médicos com a sociedade. (Semberoiz, 2015).

A fim de atender a todas essas necessidades, os PPC (Projeto Pedagógico do Curso de Medicina) das instituições formadoras, serão compostas por quatro eixos, sendo dois deles relacionados com a questão humanista, comunitário e assistencial, para que o estudante de medicina adquira competência atitudinal, ou seja, que se capacite e tenha altruísmo, responsabilidade social, que busque sempre a excelência, que tenha honra, integridade e respeito ao próximo. (PPC Medicina, UNIFIMES, 2020)

Consequentemente foram adicionadas disciplinas relacionadas a deontologia, bioética e ética médica e do estudante de medicina no PPC na

tentativa de atender a demanda da formação do estudante de medicina, com o propósito de influenciar e transformar as práticas correspondentes conforme as exigências da profissão médica, integral e humanística. (PPC Medicina, UNIFIMES, 2020)

O que está em jogo na graduação de medicina é formar o eu ético, e deixar de abordar o paciente como objeto. (Semberoiz, 2015)

Há uma reivindicação por uma educação médica mais humana e compassiva. E isso revelou uma carência de um marco ético adequado para orientar a formação profissional dos alunos. E convencer os alunos de que a compaixão e o cuidado como os pacientes são fundamentais para a profissão. (Semberoiz, 2015)

Por conseguinte, ao longo do curso e formação dos estudantes, foram percebidas lacunas acerca das estratégias de ensino e avaliação e interrogado se há estagnação ou regressão da sensibilidade moral na graduação, sob a óptica cognitiva-evolutiva. (Semberoiz, 2015)

Palavras Chave: sensibilidade moral, currículo oculto, ética

1.1 Tema

A ética na formação do estudante do curso de medicina.

1.2 Delimitação do tema

A sensibilidade moral e a interferência do currículo oculto na formação ética do estudante de medicina.

1.3 Problema

Discutir a interferência do currículo oculto e da sensibilidade moral na formação ética dos estudantes de medicina.

1.4 Questão de Pesquisa

Se o currículo oculto e a sensibilidade moral influenciam a formação ética do estudante de medicina.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo geral

Analisar a relação entre a sensibilidade moral e o currículo oculto na formação ética do estudante de medicina.

1.5.2 Objetivos específicos

a) Descrever a sensibilidade moral e o currículo oculto dos estudantes de medicina.

b) Verificar a relação entre sensibilidade moral e currículo oculto nos estudantes de medicina.

c) Compreender os fatores que influenciam o processo de sensibilidade moral dos estudantes de medicina

d) comparar a sensibilidade moral dos estudantes de medicina nos dois últimos anos de internato médico

1.6 Hipótese

O currículo oculto interfere na sensibilidade moral e formação do estudante de medicina.

1.7 Justificativa

A faculdade de medicina é uma comunidade moral onde o treinamento médico é capaz de transformar o comportamento prévio dos estudantes de medicina.

No final do século XIX e por todo o século XX, os estudantes de medicina sofreram influências negativas e significativas despertando-os para o deslumbramento da tecnologia e seus dispositivos. A medicina ficou

extremamente cientificista e objetiva, onde o paciente era abordado como objeto e não como pessoa única. Havia rigidez da formação médica e por conseguinte o estudante de medicina apresentou dificuldade de se relacionar com o paciente de forma humana e compassiva. O estudante perdeu a compaixão pelo próximo. Como efeito houve um declínio da sensibilidade moral dos estudantes de medicina. (SEMBEROIZ, A. 2015)

Devido a essa herança, houve exigências de mudanças na formação do estudante de medicina, através das Diretrizes Nacionais Curriculares. Na tentativa de atender às solicitações, foram implantados as disciplinas biopsicossociais, ética, bioética, deontologia e de comunicação social, mas estes parecem ter tido pouca influência para a transformação das práticas médicas, de acordo com as exigências morais da profissão médica. Como dano, a formação na graduação médica ainda é uma área subordinada ao modelo cientificista e carece de um marco ético capaz de guiar a formação médica. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Os obstáculos educacionais enfrentado pelo modelo biopsicossocial, destacam a falta de interesse dos alunos em relação as disciplinas sociais, percebidas como irrelevantes ou antagônicas à medicina; a carência de médicos com conhecimentos de ciências sociais e a pobre comunicação entre os médicos e os pesquisadores sociais. Somado a essa situação, graves dificuldades de amplificação dos projetos atribuídos a melhorar a habilidade cultural dos estudantes de medicina. (SEMBEROIZ, A. 2015)

Para almejar o momento ético na formação ética é preciso blindar e estimular a sensibilidade moral, atentando para as diferenças de gênero, de diversidade cultural e social, entender a gravidade dos preconceitos sociais e culturais em suas atitudes e comportamentos, dos estudantes de medicina e para isso é necessário refletir a filosofia do ensino da medicina, desde as mudanças dos hábitos corriqueiros, do currículo formal e oculto em todos os seus níveis. (SEMBEROIZ, A. 2015)

O desafio atual para a educação médica é a busca da interdisciplinaridade, da transdisciplinaridade e de mecanismos que possam responder a redução progressiva do conhecimento na área médica. Associado a isso, está a necessidade de formar um profissional médico que responda as demandas sociais, ou seja, humanista e técnico competente que possua

conhecimentos, habilidades psicomotoras, atitudes e comportamentos éticos e compromisso social. (D.N.C., 2014)

Ou seja, formar o eu ético de acordo com as exigências morais da profissão médica. A graduação de medicina carece de um marco ético indispensável para orientar a socialização de seus alunos. (SEMBEROIZ, A. 2015)

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Currículo da Medicina

O conhecimento da medicina, vem, ao longo dos séculos, em desenvolvimento crescente. Foram vários anos estudando o organismo humano na tentativa de esclarecer ou solucionar as patologias (doenças) subjungando suas etiologias e curando-as. (MACHADO, C. D. B *et al*, 2018). Para os cientificistas, o corpo humano sempre foi visto como objeto de estudo e portador de uma doença a ser desvendada e curada. (SEMBEROIZ, A. 2015)

O cientificismo exaltou a objetividade do problema, potencializando a formação clínica, centrada nas ciências biomédicas que é diagnosticar e realizar o tratamento das doenças, e em busca de concordâncias com os avanços dos conhecimentos científicos tecnológicos (medicina de alta complexidade), reforçando a prática individualista ou tecnicista com privilégios da criação das especialidades médicas (hospitalocêntrica). (MACHADO, C. D. B *et al*, 2018).

O modelo hospitalocêntrico de ensino solidifica a medicina como um modelo de prática clínica e de educação médica (competitividade, produtividade e eficiência) e deixa pouco espaço para o ideal ético. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Naquele modelo de ensino, os alunos de medicina aprendem a cumprir os interesses e as normas políticas institucionais, se tornam especialistas, passam a ofertar um tratamento trivial e nivelado para os pacientes, não considerando as suas necessidades particulares e os seus direitos. O paciente passa a ser um dado estatístico. (SEMBEROIZ, A. 2015).

O modelo de ensino hospitalar não cumpre fielmente as necessidades de atendimento integral. É insuficiente não só para as necessidades corporais, como também nas emocionais, pessoais, familiares e sociais. Contudo, os cientificistas creem que essa é a melhor atitude para se defenderem contra os

medos e as incertezas que provoca o contato permanente com a morte e a doença. (SEMBEROIZ, A. 2015)

Esse ideal de ensino desencoraja o raciocínio moral e os alunos incorporam uma enorme quantidade de informações exigidas no currículo durante a sua formação. O aluno tem uma postura carente de criticidade e, paralelamente, tem distanciamento emocional, cultural e social, não demonstra qualquer sinal de fraqueza frente ao sofrimento do ser humano e é incapaz de redefinir a formação e suas práticas, passando a não responder às exigências da complexidade da sociedade contemporânea. O estudante de medicina possui uma enorme desconfiança ou rejeição de qualquer proposta reflexiva que os distraia da sua formação técnica. (MACHADO, C. D. B *et al*, 2018), (SEMBEROIZ, A. 2015).

Devido a esse empobrecimento da formação em medicina, ao longo do século XX, projetos de reforma educacional médica convergem na busca insistente de um equilíbrio entre o treinamento técnico e a formação humana, social, bioético e moral dos alunos. Tudo isso com o propósito de restabelecer o amadurecimento da empatia e compaixão dos alunos. (SEMBEROIZ, A. 2015)

O Brasil apresentou um atraso temporal quanto à chegada de escolas no país. Apenas em 1808 que escolas foram fundadas (Escola de Medicina e Cirurgia no Hospital Militar da Bahia e Escola Cirúrgica do Rio de Janeiro) e seguiam o sistema português de ensino – escolástica – fé cristã em domínio, formando os chamados cirurgiões barbeiros, onde não tinham o aprendizado teórico e pouco prático. (MACHADO, C. D. B *et al*, 2018).

Em 1813, houve acréscimo de dois anos à formação acadêmica e com isso possibilitou a melhoria na qualidade de ensino tanto em conhecimento teórico quanto prático. Apenas em 1832 foram criadas as Faculdades de Medicina no País com cursos de duração de seis anos com ofertas anuais de vagas. (MACHADO, C. D. B *et al*, 2018).

Em 1889 com a chegada da República houve uma mudança na formação do estudante de medicina através da chegada do modelo francês de ensino superior (napoleônico) e traz consigo uma fundamentação técnico científica, de caráter laico, voltada à profissionalização e a pesquisa estava dissociada do ensino. Em 1934 é criada o primeiro modelo francês de ensino – Universidade de São Paulo. (MACHADO, C. D. B *et al*, 2018).

Em 1960 foi criada a UNB (Universidade de Brasília), através do incentivo da cultura americana (educação médica de Abraham Flexner) e foi fundamentado pela indissociabilidade entre pesquisa, ciência e tecnologia, sendo o ensino dividido em ciclos básicos e profissionalizantes. Esse modelo de ensino tem como premissa o ensino hospitalar, a exaltação à docência com dedicação exclusiva, formação do profissional médico individualista, biologicista, hospitalocêntrico, ênfase nas especializações, sem competência ética, deixando a formação generalista à margem e dificultando a resolução dos problemas comuns e de maior demanda dos serviços de saúde. (MACHADO, C. D. B *et al*, 2018).

O modelo de ensino Flexner, é um modelo de currículo linear-disciplinar, que se caracteriza por um conjunto de disciplinas justapostas e que na maioria das vezes não possuem relações entre si (conexão da experiência clínica com o conhecimento científico), onde os alunos recebem os materiais preparados pelos professores, possuem conteúdos pré-programados e com isso a discussão e o processo de aprendizagem com pouca ou nenhuma flexibilidade (médicos inteiramente dedicados à docência clínica e à pesquisa). Não há discussões de cunho social, político ou econômico. As necessidades de saúde não são o ponto forte na formação. Consequente a esse estilo de ensino, o profissional formado apresenta conhecimento amplo dos processos patológicos (currículo médico centrado nos problemas de saúde pública, principalmente prevenção), excelência em técnica, mas com extrema dificuldade para com a sociedade quando inseridos. (GOMES, *et al*, 2006). (SEMBEROIZ, A. 2015)

O modelo biomédico centrado na doença e não na pessoa, com menor ênfase nas ações preventivas e promocionais, com crescente avanço e destaque técnico científico, em detrimento dos aspectos sociais, culturais, psicológicos, econômicos e políticos presentes no processo saúde doença; mercantilização da medicina, na qual o cuidado se transformou em mercadoria, apenando o caráter social da prática; desgaste das condições de trabalho e desvalorização profissional, bem como o enfrentamento dos paradigmas éticos no mundo da complexidade.” (GOMES, *et al*, 2006, Pág. 57)

Essa medicina descrita acima difere da filosofia hipocrática, uma vez que esta defende valores que todos os médicos devem exercer em sua profissão, que são: filantropia que é o amor às pessoas, aos seres humanos; filosofia, que

é o amor ao conhecimento e filotécnica, que é o amor à arte, ao ofício ou ocupação. Hipócrates sintetizou a teoria médica na Grécia, e seu juramento fundamenta os códigos de Ética da profissão médica até os dias atuais. Instaurou a Medicina como uma atividade racional, distanciando-a do caráter místico e religioso e imprimiu a marca da generosidade e do amor ao próximo no exercício da profissão. (GOMES, *et al*, 2006).

A medicina atual exige uma demanda ao médico para que tenha um comportamento humano (deve agir com respeito à dignidade, a vontade, a liberdade e razão do paciente), compassivo e de alto conhecimento técnico. Ou seja, o novo modelo de ensino para as escolas médicas deve dar enfoque cientificista e humanista ao atendimento ao paciente. Essas mudanças foram necessárias devido a insatisfação no atendimento ao ser humano da desumanização da educação médica e enfraquecimento da identidade profissional na sociedade.

A supervalorização de aspectos técnicos e econômicos da atividade médica, levou a um desgaste dos padrões éticos na prestação de serviços médicos, alargado nos meios de comunicação trazendo acelerada incorporação tecnológica à prática médica, comprometendo a relação afetiva e efetiva médico-paciente, o que por sua vez, subestima a ética nessa relação” (GOMES, *et al*, 2006, Pág 57-58).

Consequente a essa situação, meados da década de 1980, tornaram-se evidentes iniciativas para apoiar e estimular a reformulação do ensino médico, nacional e internacionalmente (NOVAES, M.R.C.G.; *et al*, 2010). Esses projetos de reforma educacional médica convergem na busca insistente de um equilíbrio entre o treinamento biomédico e a formação humana dos alunos. (SEMBEROIZ, A. 2015)

No papel internacional o destaque está para a OMS (Organização Mundial de Saúde) e no Brasil o destaque é para a ABEM (Associação Brasileira de Educação Médica) com a finalidade de equiparar a relação entre o biológico e o social na formação dos estudantes de medicina.

Ou seja, buscar os conhecimentos médicos, acompanhar a evolução da ciência e tecnologia e buscar formação humanista com atitudes e comportamentos aos princípios éticos (autonomia, beneficência e não-

maleficência, justiça), habilidades psicomotoras - potencializando o raciocínio moral e com compromisso social.

Essas alterações foram aplicadas no Brasil no ano de 1988 com a publicação da Constituição Federal e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em 1991 foi implantado o CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) que teve o papel de articular técnica e politicamente um movimento em prol do ensino médico. Esse movimento possibilitou que a maioria das escolas médicas avaliassem o modelo pedagógico em uso, os recursos humanos e o perfil do egresso. (NOVAES, M.R.C.G.; *et al*, 2010).

A Federação Mundial para a Educação Médica elaborou, em 1993, orientações a respeito de um documento fundamental em sua área: a Declaração de Edimburgo. Esta declaração resume as propostas da conferência mundial, organizada em 1988 pela Federação Mundial para a Educação Médica. Esse documento foi adotado em 1989 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e aborda também a crescente preocupação sobre o tratamento humanitário dos serviços de saúde (MJ Almeida, 2021).

Existem valores e princípios morais que fazem parte da prática médica. Os princípios da ética são aplicáveis em níveis, sendo o primeiro em ambiente clínico-hospitalar para o bem-estar do paciente, e o segundo, nas comunidades, para o seu bem-estar. O contrato social entre ambos demanda cuidados em excelência, aplicando técnicas adequadas e que corresponda aos valores e prioridades do paciente ou da comunidade. O resultado dessa atitude será de médicos e instituições mais humanos, compassivos e pacientes e comunidades melhor assistidos". (Declaração de Edimburgo, 12ª recomendação).

Machado, Wuo e Heinzle, em 2018, descreve que em 1994 houve a implantação do Programa Saúde da Família (para atender as prerrogativas do SUS – “saúde para todos”) o acadêmico de medicina teria de ter em sua graduação o olhar voltado para a realidade social. A partir dessa nova realidade. (DAMASCENO, J.A, 2022). Nesse sentido, a necessidade de mudança do perfil do egresso de medicina, levou a Organização Pan-Américas de Saúde (Opas) a se posicionar:

Lampert, 2009, descreve: Os médicos devem ser preparados para promover a saúde, prevenir e tratar a doença e reabilitar o deficiente, de maneira ética e amorosa, dentro da sua área de competência. Não se trata de um somatório de disciplinas, mas de uma formação transdisciplinar, a qual lhes dará condições de agir em equipes de caráter multidisciplinar e multiprofissional, em estudos e soluções dos problemas de saúde”. (DAMASCENO, J. A, 2022, pág 145).

O desafio maior desses projetos estão em seguir os escritos hipocráticos, de superar a luxúria, a ganância e emoções que interferem na prática da medicina e eliminar sentimentos destrutivos ou egoístas que cultivem emoções propiciando a compaixão (Halper, 2001) além de manter o interesse e a empatia do estudante de medicina para os assuntos não biomédicos.

Outro desafio é fazer o estudante de medicina conhecer e valorizar a relação médico-paciente, o seu vínculo e o cuidado ao próximo, deixando de olhar o paciente como objeto de lucro.

Em 1999, no governo Fernando Henrique Cardoso, foi assegurado uma maior autonomia às escolas médicas, quanto à sua determinação, e foi listado pelo Governo Federal o perfil do egresso do estudante de medicina.

Segundo a portaria publicada do DOU de 02 de fevereiro de 1999, o perfil para os graduandos de medicina teria de apresentar: ética, formação humanística e com responsabilidade social; capacidade de compreender, integrar e aplicar conhecimentos básicos à prática clínica; formação para atuar em nível primário de atenção e resolver com qualidade; formação em urgências e emergências; capacidade de lidar com múltiplos aspectos da relação médico paciente; capacidade de atuar em equipe multidisciplinar e multiprofissional (DOU 02/02/99).

Nos anos 2000, os Ministérios da Saúde e Educação, formularam políticas destinadas a promover mudanças na formação dos profissionais de saúde e criaram as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos da Área da Saúde, o Programa de Incentivo às Mudanças dos Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), o VER-SUS, uma estratégia de vivência no SUS para estudantes dos cursos de saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o PET-Saúde. (MADRUGA, et, al, 2015)

Proposta de favorecer as mudanças na formação da saúde, por meio da interdisciplinaridade e da integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidas no contexto da Saúde da Família; Configurou-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais de saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes das graduações em saúde, de acordo com as necessidades do Sistema de Saúde”. (MADRUGA, et, al, 2015, pág 806).

A Diretriz Nacional Curricular de Medicina, em 2001, traz que o projeto pedagógico, construído coletivamente, deve ser centrado no aluno com sujeito de aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo de ensino-aprendizagem. Esse projeto deverá buscar a formação integral e adequada do estudante por meio de uma articulação entre o ensino, pesquisa e extensão (assistência). (DNC, 2011): perfil do formando egresso/profissional o médico, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Houve a reedição das Diretrizes Nacionais Curriculares de Medicina em 2014, resultado de um processo articulado entre instituições médicas, as Universidades e representantes do governo no intuito de definir: *“os princípios, fundamentos, condições e procedimentos da formação de médicos, estabelecidas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, para aplicação em âmbito nacional, na organização, desenvolvimento e avaliação dos projetos pedagógicos dos Cursos de Graduação em Medicina das Instituições do Sistema de Ensino Superior”* (MEC, 2014)

Com o intuito de reforçar a realização de uma educação médica humanista, crítica, reflexiva, integrada ao SUS, com capacidade de extrapolar a visão técnico-científica e centralizar na abordagem puramente biomédica.

Por conseguinte, o investimento no desenvolvimento de currículos que fortaleçam as dimensões culturais, estéticas, sociais e históricas para fundamentar as humanidades médicas e com isso atingir a melhoria dos ambientes e práticas de cuidado e condições de trabalho dos profissionais.

Dentro dessas Diretrizes, o Ministério da Educação definiu um conjunto de competências e habilidades gerais a serem adotadas no ensino da graduação em Medicina em âmbito nacional pelas instituições do ensino superior. Dentre elas: atenção à saúde, tomada de decisão, habilidades de comunicação, habilidades de liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. (SANTOS, W. S., 2011).

Contempla ainda a organização centrada no estudante, com base na comunidade, utilizando metodologias de aprendizagem, diferentes cenários de ensino-aprendizagem, focando na integração, na interdisciplinaridade, na inclusão das dimensões éticas e humanísticas da atenção à saúde individual e coletiva. (SANTOS, W. S., 2011).

Através desta determinação, foi implantado e reestruturado a matriz curricular, na maioria das faculdades de medicina do Brasil, o modelo pedagógico ABP, Aprendizagem Baseada em Problemas (metodologias ativas), na tentativa de atender a proposta da Diretriz que é a transformação da educação, devendo superar a contradição educador-educando conciliando-os, e das políticas públicas de saúde.

Essa proposta pedagógica é a forma que os docentes utilizam na busca de conduzir a formação de futuros profissionais médicos. Possui uma estruturação de problemas reais ou simuladas, cujos professores usam a ética médica como base da clínica médica, tem a capacidade de ensinar a ciência clínica e o *ethos* do cuidado, ensinam seus alunos o papel central dos valores morais nas decisões médicas, cultivam a ética baseada nos cuidados dos pacientes, e juntos solucionarão e construirão o conhecimento necessário para os enfrentamentos do futuro. (SEMBEROIZ, A. 2015)

Esse novo modelo de ensino fornece ao estudante de medicina condições de desenvolver: habilidades técnicas (desenvolvimento de habilidades de realizar o exame físico e procedimentos); habilidades cognitivas (aquisição e aplicação do conhecimento científico para a solução de problemas relativos ao exercício profissional; incluem conhecimentos de ciências básicas, clínicas e sociais em conjunto com postura crítica, analítica e interpretativa; envolve a capacidade de avaliar, manusear e interpretar a informação médica à luz dos preceitos da medicina baseada em evidências; habilidade de identificar lacunas de aprendizado e o compromisso de procurar sempre estar aprendendo e se

aperfeiçoando profissionalmente); habilidades afetivas (desenvolvimento de valores morais e éticos para o exercício profissional; envolve habilidades e atitudes que demonstram compreensão, tolerância, isenção e sensibilidade frente à diversidade; ensina a ter o respeito, compaixão, integridade com o paciente e seus familiares; compromisso contínuo com o crescimento profissional mediante exercício de autoconhecimento e reconhecimento e correção dos próprios erros); habilidade relacional (habilidade de estabelecer e manter boas relações profissionais com pacientes, famílias, colegas e membros da equipe de saúde); habilidade integrativa (desenvolvimento de estratégias para o melhor raciocínio clínico, incorporando elementos biológicos, clínicos, humanísticos e sociais junto ao processo de julgamento clínico e de tomada de decisões; integração das informações dos ciclos básicos e clínicos para uma melhor elaboração diagnóstica); habilidade contextual (desenvolvimento da prática profissional) para aplicar no paciente e ainda ensina a ter atitude e postura para adversidades encontradas. (MACHADO, C. D. B *et al*, 2018).

Além disso, tem a finalidade de fazer o estudante de medicina refletir sobre a escolha da profissão médica, de promover a visão crítica sobre as expectativas e frustrações inerentes à condição de aluno do curso de medicina, de promover reflexão do “ser universitário”, sobre a relação aluno-professor, aluno e sociedade e ao paciente, o estudante de medicina e a ética médica (*“é uma modalidade moral prática e tem como função determinar normas necessárias aos profissionais de saúde dentro dos limites da retidão e proibição”* - LOPES, 1980, pg 46).

O uso das metodologias ativas constitui ainda um desafio, pois, requer a ruptura de paradigmas e revela uma ausência e/ ou deficiência na formação pedagógica dos docentes (Colares, Karla. *et al*, 2018), uma vez que a metodologia ativa se caracteriza por abrir o tema para uma discussão e ou embate de ideias. Ou seja, uma nova prática pedagógica na educação médica.

O ensino baseado em problemas tem como objetivo ensinar habilidades e transferir competência aos graduandos de medicina pois a metodologia aplicada é a experiência da situação, sobretudo da emoção vivenciada em determinada circunstância.

Configura as seguintes etapas, conforme o PPC do curso de medicina, UNIFIMES, 2020: *observação da realidade, pontos chave (etapa em que o*

professor leva os alunos a uma reflexão sobre as possíveis causas da existência do problema em estudo), teorização (etapa de estudo e investigação, na qual os alunos devem buscar as informações sobre o problema em estudo), hipóteses de solução (com base nos estudos realizados, elaboração das possíveis soluções para o problema), aplicação a realidade (as decisões acordadas nas discussões serão executadas, ou encaminhadas como compromisso social).

A metodologia da problematização fornece e permite aos alunos condições de autoformação (desenvolvimento do raciocínio crítico, habilidades de comunicação, lidar com limites pessoais, aceitar responsabilidade, lidar com incertezas e desenvolvimento do conhecimento técnico, científico e tecnológico) e fomenta busca ativa de informações (aumenta a responsabilidade do estudante de medicina em relação a sua formação). (MACHADO, C.D.B, 2018)

Para a realização da parte prática, a divisão da turma deve ser em pequenos grupos para desenvolver a dinâmica do estudo.

A combinação entre ABP e o contato com pacientes desde o início do curso, a integração de diferentes disciplinas e elementos de ensino interprofissional, além da ênfase no aperfeiçoamento das habilidades de comunicação, tornaram-se a base do currículo médico. (MACHADO, C.D.B, 2018, pág 70)

A metodologia da problematização aborda questões humanas e sociais, necessário para o processo do cuidar do médico. Prepara o futuro profissional a tomar consciência e ajudar a transformar a sociedade mais digna e justa e cumpre o que diz o caput do seu artigo 3º, DNC, 2014: 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.

No fim do ciclo, o aluno de medicina deverá ter desenvolvido o seu lado psicossocial, o seu lado pessoal enquanto ser humano e a sua vocação. O egresso deverá apresentar-se competente tanto intelectual, física, social e interpessoal. Deverá ter aprendido a gerir as suas emoções, controlando-as.

Deverá ter aprendido a desenvolver a sua autonomia e interdependência e com isso estabelecido a sua identidade junto aos seus objetivos de vida e sua integridade. (DNC, 2014)

Nesse contexto, para SEMBEROIZ, A., 2015, as reformas curriculares das últimas décadas do século XX, tem atendido a duas estratégias diferentes, embora por vezes complementares. A primeira foi de alargar a base factual da ciência clínica com a esperança de que a inclusão de aspectos psicológicos, sociais e culturais do sofrimento humano resolva a tendencia indesejável de coisificar os pacientes, voltando a compaixão frente aos pacientes; a segunda foi de agregar a base factual da clínica um aparato de regras e procedimentos destinados a assegurar os interesses das pessoas, o enfoque da bioética médica, ou em inculcar nos alunos um conjunto de virtudes e atitudes considerados essenciais para a adequada prática da medicina (profissionalismo médico).

2.2 Currículo Oculto

Nessa nova modalidade do ensino, proposta pelas DNC, o currículo oculto, que é um conjunto de influências que funcionam ao nível da estrutura organizacional e da cultura, passa a desempenhar um papel significativo na aprendizagem profissional, na formação da identidade profissional, na socialização, no desenvolvimento moral e na aprendizagem de valores, atitudes, crenças para os estudantes de medicina (YAZDANI, S, et al, 2019).

O currículo oculto é influenciado pelos fatores ambientais (profissionais e organizacionais), fatores humanos (professores, preceptores, equipe multiprofissional como a enfermagem, fisioterapia, psicologia, farmácia), currículo formal e a própria influenciabilidade do aluno. E essas influências fizeram parte da perda do profissionalismo na medicina. (YAZDANI, S, et al, 2019).

O professor médico, docente e preceptor, é extremamente importante na socialização médica (formação do aluno de medicina). Ele detém e transmite o conhecimento ao aluno de medicina, tanto do currículo formal, de caráter informativo, quanto o currículo informal (oculto), com a transmissão de

conhecimentos próprios adquiridos com sua experiência. (MACHADO, C. D. B et al, 2018).

De acordo com Semberioz, 2015, a socialização oculta motiva, de forma negativa, na atuação dos estudantes, principalmente porque há um comportamento não profissional dos educadores médicos. Atitudes estas são protegidas por uma hierarquia estabelecida de autoridade acadêmica.

Somado a essa situação, o despreparo vocacional e humanística do estudante, o déficit e a inadequação nos aspectos psicológicos a que estão expostos às mensagens contraditórias e nocivas do currículo oculto fazendo com que se sintam perseguidos e julgados injustamente. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Dentro do currículo oculto, também pode ocorrer hostilidades aos estudantes, que são considerados atitudes e comportamentos “padrões” na educação médica. As formas mais proeminentes de abuso são os verbais, institucionais (sobrecarga de trabalho, privação do sono, avaliações inadequadas), físico, assédio sexual e racial. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Esses acontecimentos perduram porque os alunos entendem que são obrigados a suportar essas atitudes de seus superiores pois isso é visto como uma forma de alcançar a identidade profissional e que é uma parte inevitável na sua socialização. (SEMBEROIZ, A. 2015, pág. 53). Consequentemente, os estudantes perdem gradativamente a empatia, passam a ter um comportamento negligente e abusivo contra as pessoas que estão sob seus cuidados. (SEMBEROIZ, A. 2015, pg 54).

Para realizar alguma mudança é necessário modificar a postura na relação professor-conhecimento-aluno, substituindo o foco da simples reprodução de conhecimentos, incorporação de esquemas de pensamento, de valores e de hábitos, pelo desenvolvimento de competências e habilidades em termos morais, políticos e culturais. Estas devem caminhar juntos com a construção do conhecimento socialmente estabelecido através da criação de situações incentivando constantemente o pensamento dos alunos, e o professor terá o papel de estimular a inteligência coletiva de um grupo de alunos. (CABARETTA JUNIOR, 2016).

Não existe diretriz ética bem estabelecida para orientar as relações entre alunos, docentes e pacientes nos diferentes contextos de aprendizagem. O despreparo do docente médico em relação ao aspecto pedagógico e didático,

implica na inadequação da metodologia e desempenho de sua função. (SEMBEROIZ, A. 2015).

É sabido que os professores do curso de medicina são, em sua maioria, médicos, não são formalmente capacitados em educação e não são/foram exigidas qualquer formação pedagógica para atingir a excelência nas atividades de ensino-aprendizagem. A atividade de docente é normalmente secundária e complementar (Moré, N.C. et al, 2020)

E a capacitação do professor quanto aos aspectos pedagógicos não são recebidos a importância e valorização dentro das próprias instituições. Isso acontece porque para a universidade o que importa é o desenvolvimento da pesquisa, a titulação do docente (nível de graduação ou pós-graduação na área específica de atuação), não preocupando com a sua formação pedagógica. (Moré, N.C. et al, 2020)

Hulda Rocha, 2012, pg 345, diz: *o investimento na capacitação docente, desde a formação didático-pedagógica, a atualização científica até a capacidade gerencial, é fundamental para dar suporte às mudanças implementadas pelas escolas e para garantir a interação entre ensino, serviços e comunidade na formação do médico nessa nova perspectiva.*

O docente médico recebeu a sua formação profissional dentro do cientificismo o que contradiz com a nova proposta de formação médica porque provavelmente o médico docente terá dificuldade quanto a liberdade de discussão ideológica e metodológica junto ao discente de medicina, principalmente porque há uma carência de profissionais da medicina com conhecimentos de ciências sociais. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Entretanto, para atingir o marco ético, o professor de medicina, que é fundamental na formação do futuro profissional médico, tem de passar por processos de aprendizagem com o intuito de melhorar sua formação didático-pedagógica. O objetivo fundamental dessa nova formação é fomentar a autonomia, a criatividade e a criticidade dos educandos. É estimular a criticidade. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Associado a essa situação os educadores médicos devem se distanciar do modelo baseado no cientificismo e precisam estar mais atentos na promoção do caráter moral dos alunos porque o tratamento dos alunos para com os

pacientes retrata a relação deles próprios com os seus professores. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Cabaretta Junior, 2016, pg 583, descreve: *a competência técnica impõe algumas condições lógicas, epistemológicas e metodológicas para a ciência. A exigência de aplicação do método científico, da precisão técnica e do rigor filosófico; a exigência da autonomia e liberdade de criação tem a ver com a atitude, as condições de pesquisador; referindo-se à criatividade e ao impulso do criador. A criticidade é qualidade da postura cognoscitiva que permite entender o conhecimento como situado num contexto mais amplo e envolvente, que vai além da simples relação sujeito/objeto. É a capacidade de entender que, para além de sua transparência epistemológica, o conhecimento é sempre uma resultante da trama das relações socioculturais.*

A partir das novas Diretrizes Nacionais Curriculares, 2014, o professor de medicina passou a ser responsável por guiar o aluno no desenvolvimento e reexame de suas próprias ideias, objetivando aprendizagem, desenvolvimento pessoal e profissional. O docente passou a guiar o aluno de medicina ao longo da jornada do ensino do curso de medicina, dando esperanças, ajudando a interpretar sinais misteriosos e ajudando a prevenir perigos ocultos que irão surgir ao longo do caminho.

Como consequência a essa aproximação aluno-professor, os professores de medicina terão de entender as ligações existentes entre o currículo oculto e o formal. Entender as conexões complexas entre o currículo, as suas influências poderosas, a sua tradição e os princípios/política que estruturam modos semelhantes de conhecimento e as relações sociais. A partir disso, os educadores deverão proporcionar uma congruência entre os valores formalmente ensinados e as de ação percebidas pelo aluno. (SEMBEROIZ, A. 2015).

A educação médica é mais do que a mera transmissão de conhecimentos e habilidades. De forma consciente ou inconsciente, o educador também transmite aos futuros médicos, normas e valores que, muitas vezes, minam as mensagens formais contempladas nos programas de formação ou na ideologia dos centros de saúde. Cada palavra dita, cada ato executado ou omitido, cada piada feita, cada silêncio mantido ou cada decepção manifestada em um corredor, no refeitório ou no elevador, tem uma influência maior sobre quem

aprende com o nosso lado do que pretendíamos, indo de contra a ética situacional. (Felipe Castro, 2012).

Algumas decisões dos médicos podem estar baseadas nas convicções pessoais e as suas decisões morais estão relacionadas com a sua forma de pensar, agir, por suas crenças religiosas e/ou políticas. A consciência é capaz de estabelecer a resposta moral a uma situação de conflito. Entretanto, em outras decisões estão apoiadas no consenso social. (SEMBEROIZ, A. 2015).

O currículo oculto, conforme Alberto Rojas (2012), opera como um conjunto de conhecimentos que não podem ser avaliados, indicados ou exigidos no âmbito desta ou daquela disciplina, sendo a sua importância muito significativa – por vezes decisivas - na formação dos alunos. A novidade é que aponta mais para os aspectos qualitativos do ensino do que para os quantitativos. Por esse motivo, também pode ter uma influência negativa, no sentido de influenciar direta ou indiretamente a formação dos alunos de forma contrária aos planos ou programas educacionais.

Para Alberto Rojas (2012), os desafios do educador do estudante de medicina, quanto ao currículo oculto são: o manejo da verdade para o paciente: respeitando-o e não o tratando como um objeto ou diagnóstico; demonstrar preocupação real ao paciente; transmitir interesse ao paciente como pessoa única; fortalecer a responsabilidade do paciente em cuidar de sua própria saúde; ter conhecimento de suas competências técnicas e laborais (nem sempre o bom clínico é bom docente e vice-versa); manter a atenção do aluno e controlar a opinião pessoal; cumprir o projeto acadêmico; ter vínculo de harmonia com os alunos. Isso porque o currículo oculto é compreendido como sendo de caráter não intencional, no entanto, muito pensador da educação tem colocado em questão a sua não intencionalidade, tendo em vista que a escola não é um ambiente neutro e pode influenciar na formação do estudante de medicina (Fonseca, 2017).

O comportamento profissional dos professores está mais ligado com os efeitos ocultos das práticas e das instituições em que se formaram, do que com os conteúdos explícitos do currículo com que se pretendeu prepará-los. (Sacristan e Gomez, 1985, p. 18).

Se não houver essas mudanças propostas, a soma total de situações interpessoais nas quais os alunos não podem emitir a sua opinião, o sentimento

de que está em uma posição insignificante no cuidado dos pacientes, o assédio do professor, acarretará uma postura profissional emocionalmente distanciada da pessoa doente e de qualquer outra que esteja abaixo dele na hierarquia da educação médica. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Os reflexos desse ato estarão nos valores culturais, econômicos, políticos e sociais levando os estudantes de medicina a uma obediência cega às regras tácitas que é a forma mais segura de sobreviver. Consequentemente eles precisam enfrentar os seus medos e incertezas sem possibilidades de reflexão e expressão de suas emoções. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Por isso o docente de medicina precisa estar em constante estado de alerta na sua prática pedagógica. A ética, sob um enfoque aristotélico, pode ser entendida como um saber prático que orienta a tomada decisões prudentes em busca de uma vida boa (Seródio e Maia, 2009), deve fazer parte da opção profissional, pois está formando profissionais que irão ofertar cuidado ao paciente. Discurso e prática devem caminhar juntos pautados no respeito, na aceitação e convívio com as diferenças, permitindo que o aluno seja um excelente profissional e seja uma boa pessoa. (Viviane Araújo, 2018).

O professor de medicina deverá ter habilidade e capacidade para reconhecer a existência de um problema moral e ter sensibilidade ética (não implica o conhecimento e justificativa teórica para as escolhas) para discernir, numa situação clínica, as questões que merecem considerações de conteúdo moral e ainda impedir a inibição no desenvolvimento do raciocínio moral (fazer uma escolha moralmente justificável; tomar uma decisão, levando em consideração princípios éticos como a justiça, a solidariedade e o respeito à autonomia das pessoas), potencializar a motivação moral (colocar os valores inerentes à profissão acima dos interesses pessoais ou institucionais) e desenvolver o caráter moral, impedindo assim a diminuição da sensibilidade ética do estudante de medicina ao longo da sua graduação. (Seródio e Maia, 2009).

Para Cabaretta Junior, 2016, o conhecimento do currículo, incluindo as grandes finalidades e objetivos e a sua articulação vertical e horizontal, o conhecimento do aluno, dos seus processos de aprendizagem, dos seus interesses, das suas necessidades e dificuldades mais frequentes (falta de respeito, falta de cuidado e hostilidade aberta com os pacientes), bem como dos

aspectos culturais e sociais que podem interferir positiva ou negativamente no seu desempenho escolar; e o conhecimento do processo instrucional, no que se refere à preparação, condição e avaliação da sua prática, é preciso formas de raciocínio, argumentação e validação na capacitação e atuação do docente.

Todos esses cuidados são para evitar que o estudante de medicina não deteriore a sua empatia. O nível da empatia dos alunos começa a decair na fase de aprendizagem clínica, no momento que começam as suas práticas juntos aos seus pacientes. Pois os alunos irão tratar os pacientes da mesma forma que os seus professores o fazem. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Não se pode esquecer que o aluno tem uma posição frágil dentro de uma estrutura de equipe assistencial, possui pressões no trabalho, com muita frequência não conseguem expressar suas incertezas. E por medo de represálias, ficam em silêncio mesmo nos momentos que não concordam com os valores e comportamentos de seus superiores. Por isso, os programas de educação médica deveriam proporcionar aos alunos recursos para enfrentar os conflitos de aprendizagem médica, estimular o espírito crítico em situações cotidianas. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Cabe agora levantar se os docentes do curso de medicina possuem qualificação ou treinamento formal em prática de teoria da educação, ou seja, domínio do processo educativo ou se necessita de apoio/reforço e que cada docente identifique as suas necessidades de aprendizado e treinamento e com apoio institucional possa assumir a formação do discente com veemência para levar o amadurecimento moral dos estudantes de medicina. (Seródio e Maia, 2009).

O currículo oculto exerce valor decisivo no desenvolvimento do caráter moral dos estudantes, reforça a ideia de reconstruir um marco ético para a profissão médica e a formação dos seus alunos. (SEMBEROIZ, A. 2015).

2.3 Sensibilidade Moral

Distorções mais graves da educação médica contemporânea consiste em equiparar a formação médica com a formação científica, sem dar atenção à socialização (normas, valores e atitudes que regem os comportamentos de um determinado grupo) de seus alunos. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Os modelos de ensino hoje existentes levam a uma corrosão da percepção moral dos estudantes de medicina, destruindo a compaixão e a empatia pré-existentes. (SEMBEROIZ, A. 2015).

E para cultivar a sensibilidade moral aos alunos de medicina, é necessário de atitudes constitutivas da orientação ao cuidado e enriquecimento hermenêutico associado a emoções, normas morais e éticas junto aos pacientes, docentes, preceptores e equipe multidisciplinar. (SEMBEROIZ, A. 2015).

O processo de socialização médica contemporânea apresenta tensões morais e muitos conflitos. O principal questionamento está em aprender uma atitude neutra, controlada, imparcial e distante com o objetivo de melhor atender os pacientes ou oferecer um atendimento humano e compassivo. (SEMBEROIZ, A. 2015).

O ensino médico tem limitações históricas, econômicas, sociais e políticas, e precisa analisar a formação moral dos seus alunos. E por isso está em constante evolução na tentativa de encontrar um equilíbrio entre o treinamento técnico e ao mesmo tempo ter uma formação humana. (SEMBEROIZ, A. 2015).

O cientificismo implantado na formação médica de graduação confere legalidade a uma micropolítica contrária ao desenvolvimento e à sensibilidade moral dos estudantes. Esse modelo curricular de ensino deixa de lado um aspecto primordial da educação médica que é a formação da sensibilização moral dos alunos e tendo como consequência dificuldade na aplicação dos direitos dos pacientes. (SEMBEROIZ, A. 2015).

No cientificismo, a formação profissional que tem como meta um conhecimento objetivo, estável e acertado das doenças, provocando a cultura das virtudes clínicas. E somado às escassas oportunidades de encontrar modelos de comportamento profissional compassivo leva a perda da empatia durante a prática no estágio obrigatório do internato médico. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Essa metodologia de ensino oferta aos alunos uma socialização sem marco ético. O treinamento médico pode transformar de maneira radical o comportamento dos alunos, pois estes são observadores, telespectadores, imparciais, não reflexivos. Ou seja, os estudantes recebem as informações, impositivas, transmitidas pelos professores, de forma submissa. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Consequentemente os alunos passam a ter uma atitude cínica, insensível e objetiva, com abordagem técnica. Demonstram perdas de ideias e ideais morais, com empobrecimento emocional perante os pacientes que são convertidos em corpos destituídos de significados sociais e culturais. (SEMBEROIZ, A. 2015).

O paciente é objeto, o que, conforme o estudo de Pedro Laín Entralgo, 1964, há conflitos entre a ação objetiva do aluno e professor e a consideração pessoal do paciente. E essa situação tende a piorar no estágio do internato médico, onde o aluno perde a capacidade de reconhecer o paciente como pessoa, ser humano, com suas necessidades especiais.

De acordo com Pellegrino, 1993, Laín Entralgo 1985, durante o internato médico o estudante enfrenta um desafio ético que pode ter como consequência a tomada de condutas inadequadas provenientes das condições de trabalho com sobrecarga (currículo extenso) e privações de sono.

Para Hujier, et, al, 2000, o fornecimento de informação insuficiente aos pacientes por parte dos médicos, falta de respeito e/ou cuidado aos pacientes, dificuldades para colocar limites aos tratamentos, erros médicos, incerteza dos valores e normas, potencializam os conflitos morais dos estudantes de medicina.

Para Fiyer Edwards et al, 2006, os principais conflitos de aprendizagem do estudante de medicina são as responsabilidades excessivas dos alunos com os pacientes, a realização dos procedimentos sem consentimento informado dos pacientes ou sob pressão, tratamentos desnecessários, silenciamento sobre erros médicos ou morte de pacientes, sentimento de estar manipulando ou lutas de poder entre os médicos.

Para Caldicott e Faber Langendoen, 2005, os principais conflitos são o engano deliberado aos pacientes por parte dos médicos, os tratamentos médicos desnecessários, a discriminação de pacientes, barreiras para expressar opiniões pessoais.

Essa pressão existente na socialização do aluno tem como consequência o bloqueio da aprendizagem das atitudes e habilidades durante as entrevistas dos pacientes e com isso não há resgate social. Paralelamente não há a reflexão sobre as situações morais que surgem diariamente durante a sua formação. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Outras razões da ausência de um momento ético são as heranças hipocráticas, religiosas e filosóficas, onde o aprendizado era através da observação e imitação do comportamento dos professores nas práticas junto aos pacientes. (SEMBEROIZ, A. 2015).

E uma das críticas mais importantes são a violação do consentimento dos pacientes durante as práticas educativas, como por exemplo, a postura verbal do professor / preceptor, cujo paciente é substituído pela doença ou diagnóstico; o paciente é ignorado durante as discussões clínicas e a voz dos pacientes não são ouvidas pelos mesmos. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Vale lembrar que o paciente não é obrigado a colaborar com a formação do estudante de medicina. E por isso os discentes e docentes precisam informar que a atividade é educativa, esclarecer e tirar dúvidas do paciente e não coagir para obter o consentimento. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Infelizmente esse ato raramente acontece e os pacientes sentem-se obrigados a fazer e se sentem enganados pelos médicos. A consequência desse ato é que os alunos não cumprem com o direito dos pacientes. Nas práticas educacionais os alunos aprendem a ignorar ou minimizar o significado sofrimento. Eles aprendem a priorizar as doenças e não o cuidado das pessoas. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Semberioz, 2015, pág 49, descreve que os conflitos morais mais importantes dos alunos são causados pela estrutura micropolítica que é composta por três divisões. A primeira divisão, denominada exossistema, é composta opiniões públicas, os interesses governamentais, a indústria farmacêutica, as associações governamentais, as políticas universitárias, o sistema de sistema de saúde e as mídias. A segunda divisão é denominada macrossistema que é composta pela instituição médica e a última divisão é o microssistema que é composta pelo ensino clínico – plantões, internações, consultórios. Essa estrutura desencoraja a sensibilidade moral levando ao estresse e dano moral. Ou seja, esses aspectos vão contra a possibilidade de um momento ético na aprendizagem dos estudantes de medicina e tem como resultado a inibição da sensibilidade moral durante o seu estágio clínico.

Nesse sentido, os alunos precisam enfrentar seus medos e incertezas isoladamente, sem possibilidades de reflexão e de expressão de seus pensamentos e de suas emoções aos seus professores desenvolvendo

incapacidade de lidar habilmente com as suas ansiedades frente ao sofrimento dos pacientes. Muitos se calam em situações que consideravam antiéticas por medo de represálias por seus comentários e o desejo de pertencer à equipe. Por consequência a esta situação, há a deterioração da empatia, cognitivos, afetivos e comportamentais dos alunos, traduzidos pela carência de vocabulário moral. (SEMBEROIZ, A. 2015).

De acordo com Pellegrino, 1993, na tentativa de reverter essa situação, foi implementado nas escolas médicas o estudo da bioética, com o intuito de ensinar habilidades cognitivas, reelaborar os conteúdos morais da tradição médica e promover compaixão, empatia e altruísmo. Entretanto deixou de lado a formação do caráter moral dos alunos.

A presença da bioética, como objetivo estratégico pedagógico, tinha uma ideia de ser um modelo neutro, informativo, com o objetivo de construir um consenso entre pessoas de diferentes valores morais (Smith Iltis, 2000). Contudo, na curricularização, não proporcionou à medicina um marco ético, porque a bioética foi considerada pelos professores e alunos, menos importante na formação médica.

Essa consideração menos importante na socialização médica, aconteceu pela permissão da separação, na estrutura curricular, entre o conhecimento técnico e a formação moral. O ideal era que os estudantes aprendessem de forma conjunta e uniforme, o ser humano como um todo, que levaria a uma maturidade afetiva e moral dos alunos. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Devido a esse fato, a socialização dos alunos continua sem um marco ético. E em busca deste houve a necessidade de reconstruir uma ética profissional com filosofias próprias. Ou seja, conforme Coller, Klotman e Smith, 2002, há a necessidade de requisitos formais de juramento, de ter consentimento informado, ter atitude de confiança, aprender e desenvolver coleguismo entre pares, ter responsabilidade frente ao paciente e humanidade, agir com o objetivo de promover a saúde e bem estar social, e ter a medicina como vocação.

De acordo com o Colégio Americano de Medicina Interna, 2005, para construir uma ética profissional é necessário também, garantir o mais alto padrão de excelência na prática médica, defender e apoiar os interesses e o bem-estar dos pacientes, responder as exigências da sociedade. O médico precisa ser

altruísta, ter integridade e honra. O médico precisa ter e dar o respeito aos próximos. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Foi perceptível o peso do currículo oculto na conduta moral dos estudantes de medicina, principalmente na fase do internato médico. E foi compreendido a importância neutralizar a sua influência negativa e de promover o caráter moral dos alunos durante a sua formação. O desenvolvimento do caráter moral é tão importante quanto a aprendizagem da argumentação moral. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Esse momento, o marco ético, só é possível quando se preserva a sensibilidade moral dos alunos e a promoção da sua expansão em termos de sensibilidade ética (ética profissional ou aplicada). Ou seja, fazer uma reflexão crítica sobre os pressupostos que orientam a socialização profissional. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Sensibilidade moral é trabalhar a criticidade e as estratégias pedagógicas orientadas à promoção dessas formas de sensibilidade. E o profissionalismo é resultado da prolongada reflexão crítica dos estudantes sobre as suas experiências e aprendizagem e após vivenciarem experiências adequadas. (SEMBEROIZ, A. 2015).

A sensibilidade moral é a orientação do cuidado, contextualizando as necessidades reais e especiais dos pacientes, é proteger os vínculos humanos e interpessoais. (SEMBEROIZ, A. 2015).

As instituições de ensino cumprem ao pé da letra o que é determinado pelo projeto pedagógico do curso de medicina, ou seja, cumprem as diretrizes estabelecidas de forma ética e normas institucionais e esse comportamento corrói responsabilidade moral dos professores e alunos, principalmente por repudiar o pensamento crítico dos alunos. (SEMBEROIZ, A. 2015).

As instituições de ensino têm como desafio garantir as vozes críticas dos estudantes de medicina. Essa situação, conforme R. Martinez, 2000, leva a uma limitação do vínculo profissional (professor ou aluno) com o paciente e seus valores pessoais.

E com o propósito de superar os obstáculos gerados pelas práticas educativas médicas e seu currículo oculto, o aluno deverá saber resolver questões cotidianas e as questões de crise, conforme Semberoiz, 2015, pág 152, como o caráter de decisão moral: nas questões de crise, buscam alcançar

soluções mais ou menos conclusivas; já nas questões cotidianas, referem situações impossíveis de resolver de vez, as soluções são tentativas e ficam sujeitas a uma revisão constante; a impressão da importância do assunto: crítica - são considerados merecedoras de um reconhecimento especial; cotidiana - não concedem maior mérito a quem se ocupa deles; a repercussão no contexto da vida cotidiana: crítica - examinam uma categoria relativamente estreita de ações; cotidiana - interpelam normas institucionais e relações interpessoais comumente aceitas.

O aluno sempre respeita as diretrizes institucionais, mesmo em detrimento dos seus valores e convicções morais e acabam se tornando um profissional artificial. Martinez, 2000, afirma ainda que a solução para essa situação é fortalecer a integridade profissional, pois esta irá garantir a expressão individual em situações em que as prioridades institucionais entram em conflito com os valores do aluno.

Ou seja, a integridade profissional do aluno se conecta com os valores morais da profissão com o ideal de autorrealização (autenticidade) do estudante. Para atingir esse objetivo, os estudantes de medicina precisam adquirir hábitos de percepção e reflexão de forma diferente da socialização médica atual. (SEMBEROIZ, A. 2015).

A sensibilidade moral, exigida para uma socialização médica adequada, foge de regulamentos, códigos e outras estipulações éticas e estes podem debilitar a apreciação de aspectos eticamente relevantes. E isso permitirá a transformação da sensibilidade moral dos alunos em sensibilidade ética. Este é o momento de expansão em direção à sensibilidade moral adequada da prática profissional. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Aqui, é preciso levar em consideração a distinção, proposta por Bebeau, entre sensibilidade moral e sensibilidade ética. A primeira tem a capacidade de interpretar a questão moral de uma situação concreta da qual se é responsável, adquirida pela competência prática e a interiorização de valores. A segunda identifica-se com a aplicação de princípios da bioética e de diretrizes morais do código, fruto de sua compreensão teórica, peculiar de um aluno iniciante. A sensibilidade moral está baseada na competência prática para interpretar o núcleo moral de um caso, típica de um profissional com experiência. A sensibilidade ética expressa-se pela habilidade teórica para aplicar os princípios

e as normas, sem a competência hermenêutica para a interpretar os contextos. O ensino da bioética não pode ser reduzido à pura habilidade ou treinamento de aplicar os princípios, formulando juízos éticos condizentes com o caso, mas suscitar competência hermenêutico-prática para interpretar a configuração e o encaminhamento de um problema moral, presente em determinado contexto (BEBEAU M. J., 2002. The defining issues test and the four components model: Contributions to professional education. J Moral Educ v. 31, n. 3, 271-95).

A ética profissional está fundamentada nas decisões morais durante o exercício profissional, no consenso entre os especialistas a respeito das posturas éticas mais justificadas de uma profissão e nas disciplinas de ética que podem influenciar na maturidade profissional dos estudantes. (SEMBEROIZ, A. 2015).

A sensibilidade moral é onde a conduta do médico se justifica apenas pelos requerimentos legais, pela ética geral do cidadão e pelos valores pessoais. É evitar agravos a um indefeso, seja moralmente ou por convicções pessoais. (SEMBEROIZ, A. 2015).

A sensibilidade moral pode ser considerada como um conceito moral e intuitivo que habilita e capacita os profissionais de saúde a identificarem um componente moral em uma determinada situação de conflito e realizar a tomada de decisão e a gestão dos problemas éticos, com autoconsciência da sua função e responsabilidades. A sensibilidade moral do estudante de medicina é entendida como a capacidade ou a habilidade em reconhecer a dimensão ética e moral das suas atitudes, ao tomar decisões em prol dos pacientes. (YASIN, J.C.M. et, al, 2020).

Entende-se também que a sensibilidade moral é a capacidade cognitiva distintiva dos profissionais. Esta distinção é por promover qualidade, profundidade e caráter não podendo ser apreendido pelas regras e procedimentos da moralidade comum. São sentimentos morais e virtudes especiais que formam a tradição profissional e pelas quais os médicos podem entrar em sintonia com as nuances morais de suas atividades profissionais. (SEMBEROIZ, A. 2015).

De acordo com Semberoiz, 2015, a sensibilidade moral abrange dois diferentes significados. O primeiro é uma capacidade que permite identificar os detalhes eticamente relevantes do contexto, e em consequência, aplicar

adequadamente os princípios éticos a um problema particular. O segundo é uma forma de atenção que privilegia os traços únicos e inimitáveis de outras pessoas e os compromissos especiais que nos unem a elas.

Para o psicólogo Rest JR. 1982, a sensibilidade moral é o comportamento ou habilidade para interpretar situações e percepções na influência de uma ação sobre o bem-estar de outros.

Churchill LR. em 1889, caracterizou a sensibilidade moral como um compromisso existencial que não pode ser confiscado pelas regras e os procedimentos da moralidade comum, conglomerando sentimentos morais e virtudes especiais que formam parte da tradição profissional

O aluno deve identificar e registrar as expressões verbais empregadas pelo paciente, comparações, imagens, metáforas. Os estudantes devem determinar com precisão e com suas próprias palavras o impacto da doença na vida do paciente. (SEMBEROIZ, A. 2015).

Pois é a integração de processos cognitivos e afetivos que são necessários para alcançar um nível superior de empatia, e em especial, para o surgimento de cognições quentes que se opõem ao distanciamento emocional característico da educação médica. (SEMBEROIZ, A. 2015).

O caminho do progresso da medicina está pavimentado de histórias clínicas e como ele a formação pessoal de cada médico. Para identificar e compreender o alcance de suas capacidades cognitivas e emocionais, os alunos devem contar com laços interpessoais opostos ao distanciamento emocional preconizado pelo paradigma educativo flexneriano. O Relatório de Flexner tem como importância controlar completamente as manifestações emocionais. Para Flexner, ser um bom médico, tem de ter competência, objetividade científica, discernimento clínico e eficácia terapêutica, não permite espaço para emoções durante os cuidados aos pacientes.

A corrente do humanismo clínico revitaliza em suas propostas pedagógicas, a tradição médica do vínculo altruísta com os pacientes. Apoiando-se em aportes conceituais e metodológicos provenientes de disciplinas como a psicologia do desenvolvimento moral, ciências da educação e o eixo educativo desta corrente busca promover a aprendizagem de atitudes e destrezas que permitam compreender a dimensão humana da prática médica e contrapor a influência prejudicial do currículo oculto. (SEMBEROIZ, A. 2015).

A melhor forma de promover a maturação moral dos alunos passa pelo uso de eventos seminais (é uma situação ou experiência de aprendizagem que descobre aspectos do currículo oculto e em consequência oferece uma oportunidade única para trabalhar de maneira direta sobre as mensagens morais tácitas que influenciam os alunos) e da reflexão em grupos pequenos para evitar a perda dos valores e compromissos pessoais dos estudantes. (SEMBEROIZ, A. 2015).

É crucial que o objetivo da educação médica seja a formação de profissionais críticos, e não a produção em grande escala de técnicos, que a relação entre os docentes e os alunos fortaleça o cuidado do paciente e ofereça oportunidades para revisar sem coerções o processo de socialização médica. (SEMBEROIZ, A. 2015).

O caminho exige uma atipia e criticidade, ou seja, dar importância às necessidades humanas, a raciocinar em casos particulares e encontrar soluções razoáveis, respeitando as obrigações e os compromissos sociais da comunidade e recuperar o vínculo interpessoal. O aluno precisa entender que ele está em jogo a sua socialização. O aluno precisa entender que é através da aprendizagem clínica que se dá a educação médica e precisa preservar a sua sensibilidade moral e com isso controlar a sua carga emocional. E com isso alcançará as mudanças necessárias. (SEMBEROIZ, A. 2015).

O resultado desejável desse processo é a integração dos níveis técnicos e descritivos nos níveis diálogo e crítico. Tem de haver a reflexão da ação, contextualizar múltiplos pontos de vista; dialogar, ponderar, buscar a melhor prática possível, ter uma excelente técnica e competência e destreza. (SEMBEROIZ, A. 2015).

E com isso o estudante de medicina terá a capacidade de decidir com inteligência e compaixão, dada a incerteza em uma situação de cuidado, desenhada como necessária para a compreensão crítica dos códigos de conduta ética, experiência clínica, conhecimento científico e autoconhecimento, com uma capacidade adicional de antecipar as consequências e a coragem para agir. (WEAVER, MORSE, MITCHAM, 2008, pág. 610).

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa de método misto - quantitativa e qualitativa. A pesquisa qualitativa é em si mesma, um campo de investigação. É uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes. A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para o mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem. A pesquisa qualitativa envolve o estudo do uso e a coleta de uma variedade de materiais empíricos que descrevem momentos e significados rotineiros e problemáticos na vida dos indivíduos. (Denzin, N. K et al, 2006).

A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Tem as suas raízes no pensamento positivista lógico, enfatiza o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. A pesquisa quantitativa considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. (Silveira, D. T 2009).

O presente projeto é fruto de um convênio entre o Centro Universitário Mineiros (UNIFIMES) e a Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) visando a formação, em nível de doutorado, de professores da UNIFIMES e de outras instituições universitárias da região na área da Saúde Coletiva, por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS.

Esse projeto visa contemplar estudos no ambiente de aprendizagem do estudo da faculdade de medicina, como o desenvolvimento moral dos acadêmicos de medicina.

Esse tema tem sido objeto de debates e estudos na área da medicina, pois devido as mudanças na organização do trabalho médico, em decorrência do desenvolvimento científico, tecnológico e da institucionalização da assistência à saúde, os padrões escolares pouco contemplam os valores morais e estimulam a reflexão crítica (SOBRINHO, 2006). Desde 2001, as Diretrizes Nacionais Curriculares já indicam a necessidade de abarcar desenvolvimento moral por meio de um ambiente de aprendizagem de engajamento genuíno entre professores e estudantes de medicina. Isso porque o exemplo explícito do corpo docente é preponderante como modelo comportamental de humanismo e empatia para o aluno, sem o qual a aprendizagem cognitiva de conteúdo é totalmente ineficaz (SEMBEROIZ, 2015).

Recentemente, um instrumento para avaliação da sensibilidade moral foi adaptado e apresentou boas evidências de validade entre profissionais da enfermagem (FERREIRA et al., 2021). Porém, não foram localizados estudos sistemáticos e com metodologia rigorosa sobre a sensibilidade moral de estudantes de medicina no contexto brasileiro e, especialmente, que relacionem a avaliação da qualidade do ambiente de aprendizagem. Nesse sentido, o conceito de currículo oculto tem sido muito útil para problematizar as relações de poder que se atrelam e determinam a vivência e aprendizagem de valores, atitudes e práticas pelos estudantes, para além daquilo que é determinado pelo currículo formal e conteúdo das atividades acadêmicas (GUPTA et al., 2016).

O currículo oculto tem sido objeto de estudos, principalmente qualitativos, no âmbito da educação médica (SANTOS et al., 2020), sendo uma área incipiente de pesquisa no Brasil.

4.2 Estudo quantitativo

Este será um estudo transversal de base universitária cuja coleta de dados se dará por meio de um questionário auto aplicado, em papel, sob supervisão dos pesquisadores. As respostas ao questionário não serão identificadas e serão obtidas durante o período de aula dos alunos. Os questionários preenchidos e identificados com um código numérico serão depositados em urna disponibilizada para tal finalidade. O instrumento de coleta de dados será composto por aproximadamente 4 questões que contemplam a sensibilidade moral e o currículo oculto.

O estudo será conduzido nos campi do Centro Universitário UNIFIMES nos municípios de Mineiros e Trindade, localizados, respectivamente, na macrorregião sudoeste II e macrorregião centro-oeste do estado de Goiás. Mineiros fica a 420 km e Trindade a 440 km da capital do estado Goiânia. A população dos municípios foi estimada, respectivamente, em 69 mil (IBGE, 2022a) e 132 mil habitantes em 2021 (IBGE, 2022b). O Índice de Desenvolvimento Humano para o ano de 2010 foi de 0,718 para Mineiros e 0,699 para Trindade, o que os deixa nas posições 59 e 115, respectivamente, no ranking do estado de Goiás (IBGE, 2022a; IBGE, 2022b). As principais atividades econômicas se relacionam ao agronegócio com destaque para a cadeia produtiva de carnes, soja e cana de açúcar. Especificamente, Trindade é um grande centro religioso-espiritual o que movimenta o setor de serviços e turismo.

No primeiro semestre de 2022, o Centro Universitário UNIFIMES possuía cerca de 2.200 alunos frequentando 15 cursos de graduação. A população-alvo será os alunos da medicina do Centro Universitário, que estão no internato médico, em torno de 150 alunos, distribuídos nos cursos de Medicina (110 – campus Mineiros; 40 – campus Trindade).

Serão convidados a participar dessa pesquisa os universitários de ambos os sexos, e que estão cursando o estágio de internato, regularmente matriculados do curso de Medicina nos campi de Mineiros e Trindade-GO. A população foi escolhida devido aos pesquisadores (professores da UNIFIMES e pesquisadores associados) residirem na região e a maior parte trabalhar na Universidade. Estima-se que 150 alunos participarão da pesquisa e todos irão assinar o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

O tamanho da amostra fora considerado médias e desvios-padrão de $88,2 \pm 19,5$ e de $93,9 \pm 22,6$ para a comparação entre médicos mais jovens (25-30 anos) e mais velhos (31-35 anos), sendo a idade o principal fator de confusão (ALYOUSEFI et al., 2021).

A variável dependente do estudo será medida pelo Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ), originalmente desenvolvido por Lützén, Nordström e Evertzon (1995) e adaptado para o Brasil por Ferreira et al. (2021). Este foi aplicado aos estudantes de medicina que se encontram no estágio de internato.

O MSQ utilizado possui a escala tipo Likert de 5 pontos, ordenada da seguinte forma: 1 - “discordo totalmente”. 2 - “discordo mais que concordo”. 3 - “nem discordo e nem concordo”. 4 - “concordo mais que discordo”. 5 - “concordo totalmente”. A escala foi dividida em 4 constructos: Orientação pessoal, que avalia o respeito à autonomia do paciente e a autonomia modificada [letras a (quando é preciso tomar uma decisão que vá contra a vontade de um paciente, eu falo de acordo com o que acredito ser melhor para ele), c (quando eu tenho de tomar decisões difíceis em relação ao meu paciente, é importante que eu sempre seja honesto com ele), d (eu acredito que um bom cuidado ao paciente sempre inclui o respeito às escolhas pessoais do paciente), f (eu acredito ser importante ter princípios sólidos sobre o cuidado de saúde prestado aos pacientes), n (acho difícil prestar um bom cuidado de saúde contra a vontade do paciente)]; Conhecimento Profissional (letras i, j, l, p, q); Conflito Moral (letras e, g, h, o); Significado Moral (letras b, k, m). Os indicadores de Conhecimento Profissional incluem: i (eu baseio minhas decisões no conhecimento profissional relativo ao que é melhor para o paciente, mesmo que ele proteste); j (eu confio no conhecimento de outros colegas quando não tenho certeza do que fazer); l (minha experiência prática é mais útil do que o conhecimento teórico em situações em que é preciso escolher sobre o que é eticamente correto); p (em situações em que é difícil saber o que é eticamente adequado, eu consulto os meus colegas sobre o que deve ser feito); q (eu confio em minhas próprias emoções quando tenho que tomar uma decisão difícil para o paciente).

Os itens de Significado Moral incluem: b (se eu perdesse a confiança do meu paciente, meu trabalho teria menos significado); k (é a reação do paciente que me mostra o quanto tomei a decisão correta); m (acredito que uma boa assistência de saúde inclui a participação do paciente).

A variável independente, será representada pela variável acadêmica: currículo oculto (HAIDET et al., 2005). Para esse fim, foi escolhido o Instrumento C³. Para isso é necessário a descrição e a adaptação para o Português do Brasil.

Instrumento C3 (Communication, Curriculum, and Culture) – (Haidet et al., 2005): O C3 busca avaliar o currículo oculto na educação médica no que diz respeito ao cuidado centrado no paciente e foi originalmente desenvolvido para o contexto norte-americano. É um instrumento composto por 29 itens

respondidos em escalas do tipo likert de 7 e 5 pontos que deve ser respondido por estudantes de medicina dos dois semestres finais do curso. O currículo oculto é entendido como o resultado das relações interpessoais que se desenvolvem na esfera acadêmica, com destaque para aquelas que emergem de situações cotidianas e não se encontram estabelecidas no conjunto de saberes contemplado no currículo formal (Santos et al., 2020). O instrumento C3 foi testado em 890 estudantes norte-americanos do último ano do curso de medicina, identificando-se três fatores com índice de consistência interna entre 0,67 e 0,93. Os três fatores descritos são: 1) Modelos de Comportamento (15 itens) com itens que medem a frequência com que os estudantes observaram diferentes tutores manifestarem comportamentos centrados no paciente; 2) Experiências do Estudante (11 itens) que retrata diversas atividades centradas no paciente, abordando aspectos como tratar os “Pacientes como objetos”, “Relações de aprendizagem” e situações de “Más notícias”; 3) Apoio aos Comportamentos Centrados no Paciente (3 itens) que avalia o encorajamento que o estudante recebeu por parte dos seus tutores quando demonstrou atitudes e comportamentos centrados no paciente. O C3 foi posteriormente adaptado para o Português de Portugal e teve suas propriedades psicométricas avaliadas entre 145 estudantes de medicina Portugueses do 5º e 6º ano do curso, encontrando-se índices de alfa de Cronbach entre 0,63 e 0,93 nas dimensões (Leão, 2012).

O processo de adaptação da C3 do Inglês para o Português do Brasil foi realizado em 2022 pelos pesquisadores Tonantzin Gonçalves e Murilo Zibetti, tendo sido consideradas todas as etapas propostas por Borsa e colegas (2012), a saber: 1) aceite do autor do instrumento original para tradução e adaptação; 2) tradução por dois tradutores independentes fluentes em inglês e nativos do Brasil com familiaridade na área da Psicologia; 3) síntese da tradução realizada pela equipe de pesquisa; 4) avaliação por especialistas realizada por três médicos, professores de curso de Medicina com larga experiência clínica e docente; 5) avaliação junto ao público-alvo realizada com 30 estudantes de medicina do último ano do Centro Universitário de Mineiros e por meio de grupo focal com oito estudantes de medicina do 3º, 4º, 5º e 6º anos da Unisinos; 6) tradução reversa realizada por dois tradutores, 6) síntese da tradução reversa e 7) avaliação da versão pelo autor do instrumento original. A avaliação junto ao

público-alvo apontou alguns poucos ajustes em termos utilizados, bem como ratificou a recomendação dos autores do instrumento original de aplicação com estudantes do último ano do curso. A retro tradução foi aprovada pelo autor da escala original.

O instrumento C³, Modelos de Comportamento, contém itens que medem a frequência com que o estudante observou diferentes tutores manifestarem comportamentos centrados no paciente, como: Expressar preocupação e interesse em pacientes como indivíduos únicos; Encorajar a participação dos pacientes no seu próprio cuidado; Levar a sério as preocupações dos pacientes sobre suas condições ou tratamentos; Desenvolver uma boa relação médico-paciente; Investigar aspectos emocionais das doenças dos pacientes. Foi utilizada a escala Likert de 7 pontos, onde: 7 “sempre”. 6 “quase sempre”. 5 “mais da metade do tempo”. 4 “cerca de metade do tempo”. 3 “menos do que metade do tempo”. 2 “raramente”. 1 “nunca”.

O instrumento C³, Experiências do Estudante (pacientes como objeto, relações de aprendizagem, más notícias) e Apoio aos Comportamentos Centrados no Paciente foi utilizado com a escala Likert de 5 pontos, onde: 1 “muito frequentemente / desencorajam-me”. 2 “frequentemente / nem me encorajam nem me desencorajam”. 3 “ocasionalmente / encorajam-me levemente”. 4 “raramente / encorajam-me bastante”. 5 “nunca / encorajam-me completamente”. Dentro das Experiências do Estudante, no item Relações de Aprendizagem, a pontuação da escala Likert está invertida.

A entrada dos dados foi realizada por meio do software EpiData versão 3.1, com dupla entrada. Posteriormente, a digitação foi comparada com as fichas originais para eliminar possíveis erros. A consistência e a análise descritiva dos dados foram realizadas no software Stata. A análise dos dados de ambos os instrumentos foi realizada em três etapas: Análise das dimensões: Com o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0, foram calculadas frequências relativas e absolutas, médias e desvio padrão de cada item e constructo.

Os resultados da presente pesquisa serão divulgados por meio da publicação de artigos em periódicos nacionais e internacionais, bem como das teses de doutorado. Além disso, a fim de embasar o planejamento e implementação de ações de promoção de saúde, será elaborado um relatório

sumário de cada tese que será encaminhado aos alunos e à direção da UNIFIMES com informações gerais do curso de medicina.

Como variável independente também serão utilizados os dados demográficos sexo, cor, estado civil, atividade laboral, filhos e religião.

Por fim, com base nos resultados também poderão ser desenvolvidas cartilhas ou materiais informativos nas mídias sociais voltados a educação em saúde e divulgação de dados e orientações quanto a comportamentos associados a riscos em saúde.

4.3 Estudo qualitativo

4.3.1 Tipo de estudo

O tipo de estudo será do abordagem qualitativa, com delineamento exploratório, fundamentada na hermenêutica crítica. O objetivo é analisar como o currículo oculto interfere na sensibilidade moral e na formação ética do estudante de Medicina

4.3.2 Matriz teórica

A hermenêutica é uma metodologia de tradição científica que analisa textos revelando os seus sentidos, chegando a níveis profundos de compreensão. Ou seja, explica e interpreta, envolvendo o entendimento daquilo que foi observado de forma a comunicar a compreensão. Cabe lembrar que a própria percepção é um ato de interpretação obedecendo a limites e de forma cega. (DENZIN, et al, 2010)

Serão levantadas questões sobre a finalidade e os procedimentos de interpretação, desenvolver uma forma crítica cultural e revelar dinâmicas do poder dentro dos textos sociais e culturais. (DENZIN, et al, 2010)

Uma hermenêutica crítica traz para o foco o concreto, as partes, o particular, porém de maneira a fundamentá-la contextualmente em uma compreensão mais ampla das forças sociais, do todo, do abstrato geral. (DENZIN, et al, 2010, pág 288).

A hermenêutica crítica desconfia de qualquer modelo de interpretação que alegue revelar a verdade final, a essência do texto pois entendem que o significado humano nunca pode ser plenamente revelado. (DENZIN, et al, 2010)

A hermenêutica crítica fundamenta uma pesquisa que relaciona problemas cotidianos do ser humano junto a questões públicas, justiça e democracia, despertando uma consciência crítica através da análise de temas da atualidade. (DENZIN, et al, 2010)

4.3.3 Descrição do local do estudo Qualitativo

Os encontros serão realizados on line, pelo Teams, e serão gravados em áudio para posterior transcrição e análise temática dos dados.

4.3.4 Logística da Coleta de dados

A pesquisa será realizada com estudantes de Medicina do Centro Universitário de Mineiros / UNIFIMES - localizado em Mineiros-GO. No primeiro semestre de 2022, o Centro possuía cerca de 2200 alunos distribuídos em 15 cursos de graduação. A população-alvo será composta por estudantes do curso de Medicina em regime de internato, ou seja, alunos cursando os dois últimos anos da graduação. Serão selecionados 15 acadêmicos seguindo o critério de amostragem intencional, que busca participantes que atendam aos objetivos específicos do estudo. A escolha foi direcionada a estudantes em um estágio formativo avançado, garantindo que suas experiências no internato fossem significativas para a compreensão do fenômeno analisado.

Esses períodos foram selecionados por se tratar de um momento crucial na aplicação prática dos conceitos éticos, uma vez que, no internato, os alunos enfrentam situações clínicas reais que demandam uma postura ética e profissional consolidada. A discussão em grupo focal será guiada por um roteiro de questões norteadoras, abordando as experiências de ensino-aprendizagem nos diferentes espaços e atividades durante o internato, bem como suas percepções quanto aos aspectos morais desse processo.

Serão entrevistados 15 estudantes de Medicina, sendo 9 do segundo ano de internato e 6 do primeiro.

As entrevistas ocorrerão em três períodos, entre fevereiro de 2023 e setembro de 2024, conduzidas pela pesquisadora em sessões de uma hora, com roteiro pré-estabelecido. Os participantes serão questionados sobre o impacto de preceptores, orientadores e da equipe multiprofissional em sua formação ética, além da repercussão das disciplinas de bioética e ética na formação dos alunos. Para garantir a confidencialidade, todos irão assinar um termo de consentimento, e suas identidades foram preservadas por siglas nos registros das respostas.

4.3.5 Modelo de análise dos dados

Os dados serão analisados por meio de análise temática, uma metodologia flexível conforme descrito por Braun e Clarke (2006): “através da sua liberdade teórica, a análise temática fornece uma ferramenta de pesquisa flexível e útil, capaz de gerar um conjunto rico e detalhado de dados, que pode ser usada por uma variedade de epistemologias e questões de pesquisa.

O processo seguirá as seis etapas do método de Braun e Clarke (2006): leitura detalhada dos dados, extração de elementos-chave, agrupamento em categorias temáticas, refinamento e definição dos temas, e integração dos resultados em uma narrativa analítica.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo estará consoante as recomendações para pesquisas com seres humanos regulamentadas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e sua coleta de dados iniciará apenas após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Unisinos, que será a instituição proponente. O projeto será previamente apresentado e discutido com a Reitoria do Centro Universitário - UNIFIMES, a qual forneceu carta de anuência para a realização da pesquisa (Anexo 1).

Todos os participantes assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, onde estarão descritos os objetivos e procedimentos do estudo, a descrição de eventuais riscos e benefícios, bem como a garantia de sigilo e autonomia para desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem prejuízos. Estudantes com menos de 18 anos de idade poderão participar da pesquisa mediante assinatura do TCLE pelos pais ou responsáveis. O TCLE será apresentado aos participantes antes da aplicação do questionário, esclarecendo-se qualquer dúvida nesse momento. Os alunos com menos de 18 anos assinarão um Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) nesse momento (Apêndice 2). Os alunos ficarão com uma via do TCLE/TALE, onde constará informações de contato da coordenadora geral, e a outra via será entregue ao participante.

A confidencialidade e o sigilo dos dados dos participantes da pesquisa serão resguardados, utilizando-se códigos numéricos nos questionários para não identificar os participantes. Os questionários de coleta de dados serão codificados e, após a digitação e conferência dos dados serão incinerados. Até que isso aconteça os questionários serão mantidos em sala segura no campus Mineiros da UNIFIMES, sob responsabilidade dos coordenadores do trabalho de campo.

Esta pesquisa apresenta um risco mínimo, podendo gerar algum desconforto ou constrangimento frente a algumas das questões. Contudo, os participantes serão instruídos sobre os procedimentos da pesquisa e poderão desistir de responder caso desejem. Além disso, se oferecerá suporte se alguma situação atípica ocorrer e o participante poderá ser encaminhado ao núcleo de atenção ao estudante da universidade caso necessário. A pesquisa não possui benefícios diretos para os participantes, mas os resultados poderão beneficiar a comunidade universitária ao fornecer uma análise da situação de saúde e comportamentos dos estudantes.

6 CRONOGRAMA

Tarefas	Prazos																																				
	2022												2023												2024												
Mês	jan	fev	mar	abr	ma	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	ma	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	jan	fev	mar	abr	ma	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	
Seleção de tema/pesquisa																																					
Elaboração de questionário																																					
Submissão plataforma Brasil																																					
Coleta de dados																																					
Elaboração de pré-projeto																																					
Qualificação																																					
Tabulação de dados/estatística																																					
Defesa																																					
Entrega do projeto																																					

7. ORÇAMENTO

Itens	Valor
Tradução de instrumentos	R\$ 600,00
Impressão de 945 questionários	R\$ 2.550,00
Impressão de 945 etiquetas numeradas	R\$ 200,00
Material de escritório (canetas, pastas e caixas de arquivo)	R\$ 300,00
Tradução e submissão de artigos científicos	R\$ 5.000,00
Transcrição de entrevistas	R\$ 500,00
Total	R\$ 9.150,00

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALMEIDA, Alessandro de Moura et al. **Conhecimento e interesse em ética médica e bioética na graduação médica.** Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2008, v. 32, n. 4, pp. 437-444. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400005>>. Epub 14 Jan 2009. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400005>.
- ALYOUSERFI N, et al. **The Predictors of Moral Sensitivity Among Physicians.** Int J Gen Med. 2021 Oct 14;14: 6815-6823. DOI: 10.2147/IJGM.S336121. PMID: 34703287; PMCID: PMC8523900.
- ARAUJO, Viviane Patricia Colloca. **"O conceito de currículo oculto e a formação docente."** *Revista de Estudos Aplicados em Educação* 3.6 (2018).
- BATISTA, Nildo Alves. **"Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise."** *Trabalho, educação e saúde* 3.2 (2005): 283-294.
- BELLODI, Patrícia L; Martins, Milton de A; et al. **Mentoria na formação médica.** Manole, 2023
- BRAUN, V.; CLARK, V. **Using thematic analysis in psychology.** Qualitative research in Psychology, London, v.3, n2, p. 77 – 101, 2006.
- CARABETTA Jr, V. (2016). **Metodologia ativa na educação médica.** *Revista De Medicina*, 95(3), 113-121. <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95i3p113-121>
- CASTRO, Felipe Rodriguez de. **"Processo de Bolonha (V): o currículo oculto."** *Medical Education* 15.1 (2012): 13-22.
- COLLER, B., KLOTMAN, P., SMITH, L. **Professing and Living theOath: Teaching Medicine as a Profession,** American Journal of Medicine, 2002, 112, 744-748
- DALLA NORA, Carlise Rigon; ZOBOLI, Elma; VIEIRA, Margarida Maria. **Sensibilidade moral dos enfermeiros avaliada por scoping review** *Cogitare Enfermagem*, [S.I.], v. 22, n. 2, abr. 2017. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47162>>. Acesso em: 15 ago. 2022. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2>

DAMASCENO, J.A; NETO, R, S, S; **Simulação Clínica: ensino e avaliação nas diferentes áreas da Medicina e Enfermagem - O ensino de Clínica Médica na graduação e residência médica**, ABEM, 1ª edição, 2022, cap. 6.1, pp 144-152. ISBN 978-65-86406-04-7

DENZIN, Norman K., LINCOLN, Yvonna S., **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**, Porto Alegre: Artmed, 2006

FERREIRA, Amanda Guimarães et al. **Cultural Adaptation and Validation of the Moral Sensitivity Questionnaire Among Brazilian Nurses**. Texto & Contexto - Enfermagem [online]. 2021, v. 30, e20190266. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0266>>. Epub 05 Maio 2021. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0266>.

FONSECA, Luis Eduardo Gauterio. **"O currículo oculto e sua importância na formação cognitiva e social do aluno."** *Projeção e Docência* 8.1 (2017): 59-66.

GARCIA, G. G, et al, **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina**, 2014, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Processo N° 23001.000096/2013-24.

GOMES, Andréia Patrícia e Rego, Sergio **Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem?**. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2011, v. 35, n. 4, pp. 557-566. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016>>. Epub 10 Fev 2012. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000400016>.

GOMES, Annatália Meneses de Amorim, Moura, Escolástica Rejane Ferreira e Amorim, Rosendo Freitas **O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica**. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2006, v. 30, n. 2, pp. 56-65. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000200008>>. Epub 20 Dez 2006. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000200008>

GOMES, Romeu, et al. **"Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica."** *Revista brasileira de educação médica* 33 (2009): 433-440.

- GONTIJO, Eliane Dias, et al. **"Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina."** *Revista Brasileira de Educação Médica* 37 (2013): 526-539.
- HATTON, N. y D. SMITH, **Reflection um Teacher Education: Towards Definition and Imprementation**, *Teaching and Teacher Education*, 11: 33-49
- KOIFMAN, Lilian. **"O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense."** *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 8 (2001): 49-69.
- LAIN ENTRALGO, P, La relación médico-enfermo. *História y teoria*, Madrid, Revista de Occidente, 1964
- LAMPERT, Jadete Barbosa. **"Currículo de graduação e o contexto da formação do médico."** *Revista Brasileira de Educação Médica* 25 (2021): 07-19.
- MAYERNYIK, Marcelo de Almeida e OLIVEIRA, Fabio Alves Gomes de **O Cuidado Empático: Contribuições para a Ética e Sua Interface com a Educação Moral na Formação em Saúde.** *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2016, v. 40, n. 1, pp. 11-20. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01752015>>. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v40n1e01752015>.
- MONTE, Fernando Queiroz, **Ética medica, evolução histórica e conceitos**, revista Bioética, v 17, n3, 2009, p 407-428.
- MORÉ, Nilson Carlos, and GORDAN, Pedro Alejandro **"A percepção dos professores do Departamento de Medicina da Universidade Estadual de Maringá sobre suas dificuldades e necessidades educacionais para o desenvolvimento do ensino médico."** *Revista Brasileira de Educação Médica* 28 (2020): 215-222.
- NORA, Carlise Rigon Dalla, ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone, and VIEIRA, Margarida M. **"Moral sensitivity in primary health care nurses."** *Revista brasileira de enfermagem* 70 (2017): 308-316.
- PELLEGRINO, E. **The Metamorphosis of Medical Etics**, *Journal of American Medical Association*, 1993, 269: 1158-1163

LOPES, J. L. **A Ética Médica na formação profissional de Medicina**. Rio de Janeiro: Revista Brasileira de Educação Médica, Associação Brasileira de Educação Médica, ABEM, 4(2): 45-52, 1980.

MACHADO, Clarisse Daminelli Borges, Wu, Andrea e Heinzle, Marcia **Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica**. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2018, v. 42, n. 4, pp. 66-73. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065>>. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065>.

MADRUGA LMS, et al, **The PET-Family Health and the education of health professionals: students' perspectives**. Interface (Botucatu). 2015;19 Supl 1:805-16 <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0161>

MARANHAO, E. A, et al, **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição**, 2001, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Processo N° 23001.000245/2001-11.

MARTINEZ, R **Professional Role in Health Care Institutions**, em D. Wear y J. Bickel, Educating for Professionalism. Creating a Culture of humanism in Medical Educations, University of Iowa Press, 2000

PERIM, Gianna Lepre, et al. **"Desenvolvimento docente e a formação de médicos."** *Revista Brasileira de Educação Médica* 33 (2009): 70-82.

ROCHA, Hulda Cristina, and RIBEIRO, Victoria Brant. **"Curso de formação pedagógica para preceptores do internato médico."** *Revista Brasileira de Educação Médica* 36 (2012): 343-350.

ROJAS, Alberto. **"Curriculum oculto" en medicina: una reflexión docente."** *Revista médica de Chile* 140.9 (2012): 1213-1217.

SANTOS, Wilton Silva dos **Organização curricular baseada em competência na educação médica**. Revista Brasileira de Educação Médica [online]. 2011, v. 35, n. 1, pp. 86-92. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100012>>. Epub 09 Maio 2011. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000100012>.

SEMBEROIZ, Alfredo. **“O momento ético. Sensibilidade moral e educação médica.”** Ed. UNISINOS, 2012.

SERODIO, Aluisio, and MAIA, José A. **"Do humanismo à ética: concepções e práticas docentes na promoção do desenvolvimento moral do estudante de medicina."** *Revista Bioética* 17.2 (2009).

SILVA, Janaina Teixeira Nunes, et al. **"Medida da sensibilidade ética em estudantes da medicina: um estudo na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo."** *Revista brasileira de educação médica* 29 (2020): 103-109.

SMITH ILTIS, A, **Bioethics as Methodological Case Resolution: Specification, Specified Principlism and Casuistry**, *Journal of Medicine and Philosophy*, 2000, 25:85-89

TOMASCHEWISK-BARLEM, Jamila Geri, et al. **"Strategies to develop moral sensitivity: a perspective of intensive care unit nurses."** *Escola Anna Nery* 24 (2020).

APENDICE 1 – QUESTIONÁRIO



Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde do Centro Universitário Mineiros – GO, 2022

Número do questionário _____ idal _____
 Data Entrevista ____/____/____ datae ____/____/____
 Campi _____ campi _____
 Curso MEDICINA
 Turma _____
 Doutorando _____ idmd _____

Prezado(a) universitário(a).

Muito obrigado por participar da nossa pesquisa! As suas respostas são muito importantes, pois irão ajudar a conhecer a saúde dos alunos do Centro Universitário de Mineiros - UNIFIMES.

Orientações para responder o questionário:

- ✓ Não coloque o seu nome no questionário, pois **você não será identificado**.
- ✓ Isso não é um teste, portanto, **não existem questões certas ou erradas**.
- ✓ Por favor, seja honesto e verdadeiro nas suas respostas.
- ✓ Responda espontaneamente, não pense muito e responda rapidamente cada questão.
- ✓ Marque um **X** nas questões de marcar e sempre escolha apenas **1 (uma) alternativa, a menos que a questão solicite múltiplas respostas**.
- ✓ Se errou ao marcar, risque a alternativa incorreta e marque a correta com uma seta.
- ✓ Nas questões de completar, você deve **preencher** com a informação que está sendo solicitada com letras e números legíveis.
- ✓ A sigla IGN (ignorado) refere-se a uma resposta ignorada ou que você não sabe o que responder. A sigla NSA (não se aplica) refere-se a resposta de uma pergunta que não se aplica a você, após os pulos, por exemplo.
- ✓ **Não** mostre as suas respostas para ninguém.
- ✓ Sua participação é muito importante, **não deixe questões em branco**.

As próximas questões devem ser respondidas somente por ESTUDANTES DA MEDICINA. Caso você seja estudante de outros cursos PULE PARA A QUESTÃO 152.

148. Por favor, agora pensando nas experiências que você já teve nos estágios, imagine-se como um profissional já atuante no serviço de saúde e responda as questões abaixo, indicando seu grau de concordância com o que está sendo postulado.

	Discordo totalmente	Discordo mais que concordo	Nem discordo nem concordo	Concordo mais que discordo	Concordo totalmente
a) Quando é preciso tomar uma decisão que vá contra a vontade de um paciente, eu falo de acordo com o que acredito ser melhor para ele.	☐	☐	☐	☐	☐
b) Se eu perdesse a confiança de meu paciente, meu trabalho teria menos significado.	☐	☐	☐	☐	☐
c) Quando eu tenho de tomar decisões difíceis em relação ao meu paciente, é importante que eu sempre seja honesto com ele.	☐	☐	☐	☐	☐
d) Eu acredito que um bom cuidado ao paciente sempre inclui o respeito às escolhas pessoais do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
e) Frequentemente enfrento situações de conflito sobre como abordar um paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
f) Eu acredito ser importante ter princípios sólidos sobre o cuidado de saúde prestado aos pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐
g) Eu frequentemente enfrento situações em que é difícil saber qual a ação é eticamente correta para o paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
h) Frequentemente enfrento situações em que é difícil permitir que o paciente possa fazer suas próprias escolhas.	☐	☐	☐	☐	☐
i) Eu baseio minhas decisões no conhecimento profissional relativo ao que é melhor para o paciente mesmo que ele proteste.	☐	☐	☐	☐	☐
j) Eu confio no conhecimento de outros colegas quando não tenho certeza no que fazer.	☐	☐	☐	☐	☐
k) É a reação do paciente que me mostra o quanto tomei a decisão correta.	☐	☐	☐	☐	☐
l) Minha experiência prática é mais útil do que o conhecimento teórico em situações em que é preciso escolher sobre o que é eticamente correto.	☐	☐	☐	☐	☐
m) Acredito que uma boa assistência de saúde inclua a participação do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
n) Acho difícil prestar um bom cuidado de saúde contra a vontade do paciente.	☐	☐	☐	☐	☐
o) Existem situações em que há boas razões para intimidar um paciente com uma injeção caso a medicação oral seja recusada.	☐	☐	☐	☐	☐
p) Em situações em que é difícil saber o que é eticamente adequado, eu consulto os meus colegas sobre o que deve ser feito.	☐	☐	☐	☐	☐
q) Eu confio em minhas próprias emoções quando tenho que tomar uma decisão difícil para o paciente.	☐	☐	☐	☐	☐

sensma_

sensmb_

sensmc_

sensmd_

sensme_

sensmf_

sensmg_

sensmh_

sensmi_

sensmj_

sensmk_

sensml_

sensmm_

sensmn_

sensmo_

sensmp_

sensmq_

As próximas perguntas são sobre algumas experiências durante o curso de Medicina, nas disciplinas e estágios.

149. Por favor, indique com que frequência você observou os indivíduos nas seguintes posições envolvidas nos seguintes tipos de comportamentos. Para os preceptores, considere apenas aqueles que estão envolvidos em cuidado direto ao paciente.

Com que frequência você observou (preceptores, residentes e médicos contratados pelos serviços de saúde)...	Sempre	Quase sempre	Mais do que metade do tempo	Cerca de metade do tempo	Menos do que metade do tempo	Raramente	Nunca	
1) ...expressarem preocupação e interesse em pacientes como pessoas únicas.								
Preceptores	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp1p_
Residentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp1r_
Médicos contratados pelos serviços de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp1tr_
2) ...encorajarem a participação dos pacientes no seu próprio cuidado.								
Preceptores	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp2p_
Residentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp2r_
Médicos contratados pelos serviços de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp2tr_
3) ...levarem a sério as preocupações dos pacientes sobre suas condições ou seu tratamento.								
Preceptores	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp3p_
Residentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp4r_
Médicos contratados pelos serviços de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp5tr_
4) ...desenvolverem boa relação médico-paciente.								
Preceptores	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp4p_
Residentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp4r_
Médicos contratados pelos serviços de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp4tr_
5) ...investigarem aspectos emocionais das doenças dos pacientes.								
Preceptores	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp5p_
Residentes	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp5r_
Médicos contratados pelos serviços de saúde	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	c3mp5tr_

150. Com que frequência você vivenciou situações semelhantes ao longo de TODAS as suas experiências durante a faculdade de medicina.

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	
a) Você escuta um médico assistente discutindo o histórico médico de um paciente com outro assistente ou residente. Durante o curso da conversa, o paciente é referido como um diagnóstico (ex: "Baixou para minha equipe um ótimo caso de pancreatite outro dia").	☐	☐	☐	☐	☐	c3expa_
b) Quando você relata o histórico social de um paciente (exemplo: trabalho, hobbies) durante as visitas do plantão, você nota que o resto da equipe não está prestando atenção.	☐	☐	☐	☐	☐	c3expb_
c) Durante plantões, o médico responsável é chamado por alguém da equipe, pois há um paciente que gostaria de saber quando ele irá atendê-lo. Então, ele responde: "Diga para o paciente esperar. Quando chegar, atenderei".	☐	☐	☐	☐	☐	c3expc_

	Muito frequentemente	Frequentemente	Ocasionalmente	Raramente	Nunca	
d) Você escuta estudantes contando histórias sobre pacientes. Essas histórias tendem a retratar pacientes como diagnósticos ao invés de seres humanos únicos.	☐	☐	☐	☐	☐	c3expd_
e) Sua equipe médica está no quarto de um paciente quando um médico de fora da equipe chega para avaliar o paciente. Todos passam a falar sobre o caso do paciente como se o paciente não estivesse ali.	☐	☐	☐	☐	☐	c3expe_
f) Você escuta estudantes contando histórias sobre pacientes. Essas histórias tendem a retratar como a relação com o paciente afetou o(s) aluno(s) pessoalmente.	☐	☐	☐	☐	☐	c3expf_
g) Durante o internato, um médico assistente ou residente o observa enquanto você entrevista um paciente e fornece feedback sobre sua conduta à beira do leito.	☐	☐	☐	☐	☐	c3expg_
h) Durante o internato, lhe é solicitado que entreviste um paciente ("real" ou "simulado") e você recebe um feedback sobre sua habilidade de escutar o paciente (seja pelo paciente ou pelo observador).	☐	☐	☐	☐	☐	c3exph_
i) Você recebe conselhos de alunos que estão mais à frente do curso sobre o que você precisa fazer para ter sucesso na faculdade de medicina. Este conselho enfatiza a importância de ter boas habilidades de comunicação com os pacientes.	☐	☐	☐	☐	☐	c3expi_
j) Durante a rotina de atendimento no internato, você precisa comunicar más notícias para um paciente sem ter tido qualquer instrução ou discussão sobre como dar a notícia de forma cuidadosa.	☐	☐	☐	☐	☐	c3expj_
k) Você e sua equipe médica precisam comunicar más notícias para um paciente. Algum tempo depois da má notícia ser comunicada, você se encontra tendo que responder a muitas das perguntas do paciente sobre essa notícia sem ter tido qualquer instrução sobre como falar com os pacientes depois de receberem más notícias.	☐	☐	☐	☐	☐	c3expk_
151. Por favor, avalie a resposta que você recebeu dos seus instrutores durante o curso quando você se esforçou para se engajar em cada um dos seguintes comportamentos.						
	Encorajam-me co mpletamente	Encorajam-me bastante	Encorajam-me levemente	Nem me encorajam nem me desencorajam	Desencorajam-me	
a) Em geral, quando me esforço para desenvolver vínculo com os pacientes, meus instrutores...	☐	☐	☐	☐	☐	c3apa_
b) Em geral, quando eu me esforço para conhecer os pacientes como pessoas únicas, meus instrutores...	☐	☐	☐	☐	☐	c3apb_
c) Em geral, quando eu me esforço para legitimar as preocupações dos pacientes sobre as suas condições ou tratamento, meus instrutores...	☐	☐	☐	☐	☐	c3apc_

152. O que você achou desse questionário?

MUITO OBRIGADO POR FAZER PARTE DA NOSSA PESQUISA!!!!

APENDICE 2 – TCLE MAIOR QUE 18 ANOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

O comitê de ética é responsável por assegurar os cuidados éticos de pesquisa com seres humanos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - Estudante com 18 anos ou mais -

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente do estudo intitulado "Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde do Centro Universitário Mineiros - UNIFIMES, Goiás, 2022", o qual objetiva investigar as condições de saúde de estudantes universitários da área da saúde do Centro Universitário Mineiros-UNIFIMES, Goiás. Os achados poderão ser importantes para uma análise da situação de saúde e comportamentos dos estudantes durante o período de pandemia.

A pesquisa está vinculada ao curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), situada em São Leopoldo (RS), tendo como pesquisadores responsáveis: a Professora Tonantzin Ribeiro Gonçalves (UNISINOS) e alguns professores da UNIFIMES que desenvolvem o seu Doutorado nessa universidade.

Se você aceitar participar, responderá um questionário padronizado, pré-testado e autoaplicável, composto por cerca de 200 perguntas em aproximadamente 60 minutos. Esses dados serão digitalizados e posteriormente analisados estatisticamente. Alguns acadêmicos de medicina também serão convidados a participar de uma conversa em grupo sobre sua formação ética no ambiente universitário, a qual terá duração aproximada de 1 hora e meia e será gravada em áudio e vídeo.

Você tem plena liberdade de participar ou não deste estudo, assim como de desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Você não terá nenhuma recompensa nem despesa por sua participação.

Os dados obtidos nos questionários e entrevistas grupais serão confidenciais. O anonimato está garantido. Nenhum participante será identificado por seu nome, nem no banco de dados do computador, nem na divulgação dos resultados em eventos científicos e em revistas científicas da área. Os questionários e demais dados coletados, incluindo as gravações de áudio e vídeo, ficarão sob guarda na UNIFIMES por cinco anos e após esse período serão descartados.

Os riscos em sua participação serão mínimos, podendo gerar algum desconforto ou constrangimento em responder alguma das questões, as quais você tem total liberdade para respondê-las ou não. Caso sinta algum desconforto durante a entrevista você poderá interrompê-la e pedir auxílio ao entrevistador que estará capacitado para ajudá-lo e encaminhá-lo ao núcleo de atenção ao estudante da sua faculdade caso necessário. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis por meio dos endereços e telefones abaixo relacionados.

O presente estudo atende as Resolução 510/16 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma para o participante e outra para o pesquisador.

_____, ____ de _____ de 20____.

Participante da pesquisa

Tonantzin Ribeiro Gonçalves
Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Responsável: Profa. Tonantzin Ribeiro Gonçalves
Endereço: Av. Unilins 650, Bairro Cristo Rei, 93022-750 - São Leopoldo-RS. Telefone: (51) 36811122.
E-mail: tonantzin@unilins.br

Pesquisadora Responsável na UNIFIMES: Melissa Carvalho Martins
Endereço: Rua 22 esq. d' Av. 21 - 81, Aeroporto, 75823-130 Minas-GO. Telefone: (64) 3672-5100.
E-mail: melissacm@unifimes.edu.br

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em 22/08/2022



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

O comitê de ética é responsável por assegurar os cuidados éticos da pesquisa com seres humanos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
- Estudante com 18 anos ou mais -

Você está sendo convidado(a) a participar voluntariamente do estudo intitulado "Perfil epidemiológico dos alunos da área da saúde do Centro Universitário Mineiros - UNIFIMES, Goiás, 2022", o qual objetiva investigar as condições de saúde de estudantes universitários da área da saúde do Centro Universitário Mineiros-UNIFIMES, Goiás. Os achados poderão ser importantes para uma análise da situação de saúde e comportamentos dos estudantes durante o período de pandemia.

A pesquisa está vinculada ao curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), situada em São Leopoldo (RS), tendo como pesquisadores responsáveis: a Professora Tonantzin Ribeiro Gonçalves (UNISINOS) e alguns professores da UNIFIMES que desenvolvem o seu Doutorado nessa universidade.

Se você aceitar participar, responderá um questionário padronizado, pré-testado e autoaplicável, composto por cerca de 200 perguntas em aproximadamente 60 minutos. Esses dados serão digitalizados e posteriormente analisados estatisticamente. Alguns acadêmicos de medicina também serão convidados a participar de uma conversa em grupo sobre sua formação ética no ambiente universitário, a qual terá duração aproximada de 1 hora e meia e será gravada em áudio e vídeo.

Você tem plena liberdade de participar ou não deste estudo, assim como de desistir a qualquer momento sem nenhum prejuízo para sua pessoa. Você não terá nenhuma recompensa nem despesa por sua participação.

Os dados obtidos nos questionários e entrevistas grupais serão confidenciais. O anonimato está garantido. Nenhum participante será identificado por seu nome, nem no banco de dados do computador, nem na divulgação dos resultados em eventos científicos e em revistas científicas da área. Os questionários e demais dados coletados, incluindo as gravações de áudio e vídeo, ficarão sob guarda na UNIFIMES por cinco anos e após esse período serão descartados.

Os riscos em sua participação serão mínimos, podendo gerar algum desconforto ou constrangimento em responder alguma das questões, as quais você tem total liberdade para respondê-las ou não. Caso sinta algum desconforto durante a entrevista você poderá interrompê-la e pedir auxílio ao entrevistador que estará capacitado para ajudá-lo e encaminhá-lo ao núcleo de atenção ao estudante da sua faculdade caso necessário. Qualquer dúvida você poderá entrar em contato a qualquer momento com os pesquisadores responsáveis por meio dos endereços e telefones abaixo relacionados.

O presente estudo atende as Resolução 510/16 e 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISINOS.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma para o participante e outra para o pesquisador.

_____, ____ de _____ de 20____.

Participante da pesquisa

Tonantzin Ribeiro Gonçalves
Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Responsável: Profa. Tonantzin Ribeiro Gonçalves
Endereço: Av. Unilins 950, Bairro Cristo Rei, 93022-750 - São Leopoldo-RS. Telefone: (51) 35811122.
E-mail: tonantzing@unisinos.br

Pesquisadora Responsável na UNIFIMES: Melissa Carvalho Martins
Endereço: Rua 22 esq. d' Av. 21 - 81, Aeroporto, 75833-130 Mineiros-GO. Telefone: (64) 3672-5100.
E-mail: melissacm@unifimes.edu.br

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em 22/08/2022

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA

Carta de Anuência do Reitor



Ea, Prof. Ma. Juliene Rezende Cunha, Reitora Centro Universitário de Minas - UNIFIMES, autorizo a pesquisadora Prof. Dr. Tonantzin Ribeiro Gonçalves realizar a pesquisa intitulada **“Perfil Epidemiológico dos alunos da área de saúde do Centro Universitário de Minas, Goiás, 2022”**. Tem como objetivo investigar as condições de saúde de estudantes universitários da Área da Saúde do Centro Universitário de Minas (Medicina, Psicologia e Educação Física) dos dois campi (Minas e Trindade). Após o contato prévio com cada um dos Diretores dos Cursos será aplicado um questionário padronizado, pré-testado, contendo variáveis socioeconômicas e variáveis referentes as condições de saúde.

A pesquisa está vinculada ao Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - Área de Concentração: Saúde Coletiva da Universidade do Vale dos Sinos – UNISINOS – Turma complementar UNIFIMES.

Minas, 25 de julho de 2022.

Prof.ª Ma. Juliene Rezende Cunha
Reitora

3. RELATÓRIO DE PESQUISA DOUTORADO

O INÍCIO Meu ingresso no Programa de Doutorado em Saúde Coletiva da UNISINOS ocorreu no mês de janeiro de 2021. No início foi desafiador porque eu estava no último mês de gestação da minha filha caçula. Iniciei com o tema definido a partir do propósito de fazer a pós graduação nível doutorado. Em seguida tive ajuda da equipe de professores e orientadores sobre o delineamento, questão e objetivos de pesquisa. Houveram diversos desafios, e muita paciência dos professores com a presença de uma criança em sala de aula. Minha sorte é que minha filha era colaborativa e não interferia nas aulas e não atrapalhava os colegas presentes. A equipe de professores transformaram esses quatro anos, teoricamente, terríveis, em leveza e tranquilidade. O primeiro desafio foi sair da minha zona de conforto: entender um projeto guarda-chuva e realizar a transcrição e adaptação do instrumento C³, que seria a variável utilizado para a pesquisa. Minha dissertação constaram Pesquisas Quantitativa e Qualitativa. Ao ingressar no Doutorado, decidi que estudaria um tema dentro da minha área de interesse (ética do estudante de medicina), conciliando alguma necessidade científica com a abordagem da Pesquisa Quantitativa e Qualitativa. O passo inicial foi escolher os orientadores: Dr Jose Roque Junges e minha co-orientadora Dra Rafalea Schaefer. O primeiro é a referência da Ética no Brasil e no mundo e a segunda desenvolvia pesquisas justamente na área de interesse, a Saúde do Estudante. O passo seguinte foi conversar com a Reitora da Instituição em que trabalho. O terceiro desafio foi a escrita de um projeto e compreender a diferença entre ética e moral. O projeto não foi financiado.

PROJETO MAIOR O presente estudo sobre a saúde dos estudantes universitários da saúde incluiu questões sobre características demográficas, socioeconômicas, acadêmicas, comportamentais, psicossociais e relacionadas a saúde. Este último abrange a ética, a sensibilidade moral e o currículo oculto.

PROJETO E QUALIFICAÇÃO Como referido anteriormente, durante dois anos, delineamos nosso tema e os demais elementos do projeto de pesquisa e encaminhamos à avaliação da ilustre e querida banca de qualificação, composta pelas professoras: Juliana Scherer (UNISINOS), Maria Letícia Rodrigues Ikeda (UNISINOS) e Gabriel Ferreira da Silva (UNISINOS).

Após o Exame de Qualificação, todas as sugestões feitas pelas professoras da Banca foram aceitas. Assim, o projeto foi ajustado nos itens: fundamentação teórica e métodos. Mais especificamente, as modificações foram: melhorar a descrição da diferença entre sensibilidade moral e sensibilidade ética na fundamentação teórica e descrever como foi realizado a parte quantitativa do trabalho, antes descrita somente a parte qualitativa.

COLETA DE DADOS • Estudo piloto: foi realizado um estudo piloto, em setembro de 2022, com uma turma de um curso de medicina, mas que são portadores de diploma. O estudo piloto serviu para testar a logística dos trabalhos de campo, avaliar a qualidade e compreensibilidade dos instrumentos de coleta de dados, melhorar o planejamento e organização para os trabalhos de campo, obter estimativas realísticas sobre o plano amostral e duração das entrevistas. A partir do estudo piloto foram realizadas modificações e adequações necessárias para a realização da coleta de dados; Diário de campo das coletas • Após o piloto realizado, iniciei contato com a coordenação do curso de medicina e com os professores da disciplina Tutoria (onde encontra-se todos os alunos da turma) para a aplicação do questionário e o preenchimento do TCLE. A coleta de dados aconteceu nos meses de novembro de 2023. • Sobre as coletas fui bem recebida e tive ajuda dos professores das disciplinas. Dentre os doutorandos, eu estava sozinha em 90% das vezes. De modo geral, as coletas ocorreram de modo tranquilo, sem intercorrências, mas foi quase um “intensivão”, pois os dados foram coletados em um mês.

APÓS AS COLETA DE DADOS Ao término das coletas, dediquei-me à codificação dos dados, que fiz sozinha. Posteriormente foi realizado o controle de qualidade, a organização do banco e a revisão do processo de dupla digitação pela equipe da Professora Tonan. Paralelamente iniciei a entrevista grupal com os estudantes de medicina do internato. Iniciei a escrita dos artigos da tese de modo concomitante, direcionando mais atenção ao artigo que estava sendo desenvolvido na disciplina de Seminário de Tese III, o artigo qualitativo. A trajetória foi longa, por vezes os passos são curtos e demorados, mas aos poucos já conseguimos visualizar alguns resultados.

ARTIGOS Artigo I: Sensibilidade Moral e a Formação Ética do Estudante de Medicina. Objetivo: Compreender os fatores que influenciam o processo de formação ética dos estudantes de medicina. O ‘Artigo Científico I’ foi desenvolvido em 2024/2, durante a atividade acadêmica intitulada ‘Seminário de

Tese III'. No semestre seguinte, algumas alterações foram realizadas e em fevereiro de 2025 foi submetido à Revista Brasileira de Educação Médica. Houve duas considerações dos diretores da revista e todas foram aceitas. Estamos aguardando a publicação.

Artigo II: Sensibilidade Moral de Estudantes de Medicina em Regime de Internato em um Centro Universitário no Interior de Goiás: Analisar a sensibilidade moral dos estudantes de medicina em regime de internato e identificar os fatores sociodemográficos que os influenciam. Em relação ao 'Artigo Científico II', este também foi iniciado em 2023/2, com as análises descritivas e análises bivariadas. Esse artigo foi finalizado no mês de junho de 2025 e será submetido ainda nesse mês para a revista científica Interface.

4. ARTIGO CIENTÍFICO I

SENSIBILIDADE MORAL E A FORMAÇÃO ÉTICA DO ESTUDANTE DE MEDICINA

RESUMO

Introdução: A educação médica deve integrar capacitação técnica, ética e humanística, promovendo uma socialização crítica. O currículo oculto tem se mostrado um fator que influencia negativamente a formação ética dos alunos de Medicina. **Objetivo:** Este estudo investiga a influência do currículo oculto na formação ética e no desenvolvimento da sensibilidade moral dos estudantes de Medicina. **Método:** Utilizou-se abordagem qualitativa com 15 entrevistas realizadas com estudantes em regime de internato no final do curso. As entrevistas foram analisadas através de uma metodologia de análise temática, observando categorias relacionadas ao ensino e prática da ética. **Resultados:** Foram identificadas três categorias principais: impacto do ensino da ética, clima ético organizacional e atitude profissional docente. Os estudantes consideraram o ensino da ética teórico e desconectado da prática clínica, com metodologias não interativas. O clima organizacional era caracterizado por competição, hostilidade e conflitos. Já a atitude dos médicos

preceptores refletia críticas contínuas e desvalorização dos estudantes, influenciando negativamente o desenvolvimento da sensibilidade moral. **Conclusão:** O estudo revela que o currículo oculto interfere significativamente na formação ética, evidenciando a necessidade de uma maior integração entre teoria e prática, além de metodologias que estimulem a reflexão ética durante a formação médica.

Palavras-chave: Formação Ética; Currículo Oculto; Sensibilidade Moral; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: Medical education must integrate technical, ethical, and humanistic training, promoting critical socialization. The hidden curriculum has been shown to negatively influence the ethical formation of medical students. **Objective:** This study investigates the influence of the hidden curriculum on the ethical training and development of moral sensitivity in medical students. **Method:** A qualitative approach was employed through 15 interviews with students in the final stages of their internship. The interviews were analyzed using thematic analysis methodology, focusing on categories related to ethics education and practice. **Results:** Three main categories were identified: the impact of ethics teaching, organizational ethical climate, and professional attitude of instructors. Students perceived ethics teaching as theoretical and disconnected from clinical practice, with non-interactive methodologies. The organizational climate was characterized by competition, hostility, and conflict. The preceptors' attitude reflected continuous criticism and devaluation of the students, negatively affecting the development of moral sensitivity. **Conclusion:** The study reveals that the hidden curriculum significantly interferes with ethical formation, highlighting the need for greater integration between theory and practice, as well as the adoption of methodologies that encourage ethical reflection during medical training.

Keywords: Ethical Training; Hidden Curriculum; Moral Sensitivity; Medical Education.

INTRODUÇÃO

A formação de estudantes de Medicina no Brasil está diretamente relacionada às demandas sociais e aos avanços tecnológicos, exigindo dos cursos de graduação em Medicina a adoção de práticas que promovam tanto o desenvolvimento técnico quanto o ético e humanista. As Diretrizes Nacionais Curriculares (DNC) de 2014 destacam a importância da formação de médicos com uma visão crítica e reflexiva, capacitados a atuar com responsabilidade social e pautados por princípios éticos sólidos, visando responder às necessidades da população. Ou seja, o estudante de Medicina necessita, além da capacitação técnica, a integração de uma postura ética diante dos desafios clínicos e contemporâneos da Medicina^[1].

A sensibilidade moral envolve a capacidade de identificar e responder adequadamente às questões éticas e humanísticas que surgem nas interações com pacientes, colegas e a sociedade^[26]. A sensibilidade moral é crucial para que os futuros médicos sejam capazes de atender às necessidades de seus pacientes de maneira humanizada, compreendendo a complexidade das relações interpessoais e a importância de uma prática ética e empática.

Contudo, esse processo formativo está fortemente influenciado pelo currículo oculto – um conjunto de ensinamentos informais e implícitos que os alunos internalizam ao longo de sua trajetória acadêmica. Embora não esteja presente no currículo formal, o currículo oculto pode exercer uma influência decisiva sobre a maneira como os estudantes desenvolvem seus valores e condutas profissionais^[2].

Muitas vezes, o currículo oculto transmite normas, comportamentos e atitudes que podem estar em desacordo com os princípios éticos ensinados explicitamente, levando os alunos a adotar uma postura desumanizadora e tecnicista, ou seja, pode levar à perda da sensibilidade moral dos estudantes de Medicina ao longo de sua formação ^[3].

A problemática central deste estudo reside exatamente na análise dessa influência do currículo oculto sobre o desenvolvimento da sensibilidade moral dos estudantes de Medicina, embora o currículo formal das faculdades de Medicina busque integrar disciplinas de ética médica, bioética e humanidades, o currículo oculto, transmitido por meio das atitudes e comportamentos dos professores e preceptores, muitas vezes prioriza a eficiência técnica e a hierarquia em detrimento da empatia e da sensibilidade ética^[4].

Assim, questiona-se: de que maneira o currículo oculto impacta a formação ética e o desenvolvimento da sensibilidade moral dos estudantes de Medicina? Nessa

fase, muitos estudantes relatam que a pressão para se conformar às normas e hierarquias institucionais, bem como a exposição a comportamentos pouco éticos por parte de seus preceptores, acabam minando a empatia e reforçando uma visão mais técnica e distanciada da Medicina^[5].

Dessa forma, a relevância deste estudo está em sua capacidade de oferecer uma contribuição para o campo da educação médica ao explorar as lacunas e desafios que comprometem o desenvolvimento ético dos futuros médicos. Compreender como o currículo oculto interfere na formação ética e na sensibilidade moral dos estudantes é essencial para formular estratégias pedagógicas que promovam uma prática médica mais humanizada e alinhada com os princípios éticos contemporâneos ^[26]. Investigar a relação entre o currículo oculto e a formação ética pode contribuir para a discussão sobre metodologias de ensino que promovam um maior engajamento dos alunos com os valores éticos da profissão, mitigando os efeitos negativos do currículo oculto e fortalecendo o desenvolvimento da empatia e da ética nos futuros médicos^[27].

A educação médica no Brasil precisa estar baseada numa formação que integre o conhecimento técnico-científico com a sensibilidade moral e a responsabilidade ética. Assim, será possível formar profissionais da saúde que não apenas dominem as técnicas médicas, mas que sejam capazes de atuar com compaixão, respeito e compromisso com o bem-estar dos pacientes e da sociedade ^[13].

MÉTODO

Este estudo utiliza uma abordagem qualitativa, com delineamento exploratório, fundamentada na hermenêutica crítica. O objetivo é analisar como o currículo oculto interfere na sensibilidade moral e na formação ética do estudante de Medicina^[16]. A hermenêutica crítica analisa a linguagem, interpretando os sentidos observados e revelando dinâmicas de poder nos contextos sociais e culturais^[6]. Ela rejeita modelos que pretendem apresentar uma verdade absoluta, reconhecendo que o significado humano nunca pode ser plenamente revelado^[6].

A pesquisa foi realizada com estudantes de Medicina do [REDACTED] -localizado em [REDACTED], GO. No primeiro semestre de 2022, o Centro possuía cerca de 2200 alunos distribuídos em 15 cursos de graduação. A população-alvo foi composta por estudantes do curso de Medicina em regime de internato, ou seja,

alunos cursando os dois últimos anos da graduação. Foram selecionados 15 acadêmicos seguindo o critério de amostragem intencional, que busca participantes que atendam aos objetivos específicos do estudo. A escolha foi direcionada a estudantes em um estágio formativo avançado, garantindo que suas experiências no internato fossem significativas para a compreensão do fenômeno analisado.

Esses períodos foram selecionados por se tratar de um momento crucial na aplicação prática dos conceitos éticos, uma vez que, no internato, os alunos enfrentam situações clínicas reais que demandam uma postura ética e profissional consolidada. A discussão em grupo focal foi guiada por um roteiro de questões norteadoras, abordando as experiências de ensino-aprendizagem nos diferentes espaços e atividades durante o internato, bem como suas percepções quanto aos aspectos morais desse processo.

Foram entrevistados 15 estudantes de Medicina, sendo 9 do segundo ano de internato e 6 do primeiro. As entrevistas ocorreram em três períodos, entre fevereiro de 2023 e setembro de 2024, conduzidas pela pesquisadora em sessões de uma hora, com roteiro pré-estabelecido. Os participantes foram questionados sobre o impacto de preceptores, orientadores e da equipe multiprofissional em sua formação ética, além da repercussão das disciplinas de bioética e ética na formação dos alunos. Para garantir a confidencialidade, todos assinaram um termo de consentimento, e suas identidades foram preservadas por siglas nos registros das respostas. As entrevistas ocorreram online via Teams, com gravação em áudio e transcrição.

Os dados foram analisados por meio de análise temática, uma metodologia flexível conforme descrito por Braun e Clarke: “através da sua liberdade teórica, a análise temática fornece uma ferramenta de pesquisa flexível e útil, capaz de gerar um conjunto rico e detalhado de dados, que pode ser usada por uma variedade de epistemologias e questões de pesquisa”^[7].

O processo seguiu as seis etapas do método de Braun e Clarke^[7]: leitura detalhada dos dados, extração de elementos-chave, agrupamento em categorias temáticas, refinamento e definição dos temas, e integração dos resultados em uma narrativa analítica. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) – Parecer nº 5.595.034.

RESULTADOS

A análise temática identificou três categorias principais relacionadas aos impactos do currículo oculto na formação ética e na sensibilidade moral dos estudantes de Medicina: Impactos do Ensino da Ética, Clima Ético Organizacional e Atitude do Profissional Docente. Cada uma aborda aspectos específicos que influenciam significativamente a formação ética dos alunos.

Impactos do Ensino da Ética

A categoria destaca falhas no ensino da ética na socialização dos estudantes de Medicina, evidentes durante a prática clínica do internato. Foram apontadas deficiências na metodologia de aprendizagem e no conteúdo ensinado, que não prepararam os alunos para refletir e lidar com os conflitos morais na prática clínica.

A metodologia utilizada no ensino da ética foi amplamente criticada pelos estudantes, que destacaram a falta de práticas reflexivas e interativas como um dos maiores entraves à formação ética. Os relatos apontaram que a abordagem metodológica, centrada em exposições teóricas e não conectada à realidade da clínica médica, comprometia a aprendizagem e gerava desinteresse.

Um aluno relatou:

“O professor nos dava apenas textos teóricos para ler, mas faltou algo mais interativo, como discussões reais ou exemplos práticos” (Tulipa, 1º ano).

Uma aluna pontuou, mesmo quando metodologias ativas eram implementadas, sua execução falha prejudicava o aprendizado.

“A metodologia era ativa, só que eles deram o código de ética médica para a gente ler os artigos e depois davam casos muito complexos, que voltavam mais para o direito, com termos que a gente não tinha conhecimento. Então acabava que a gente ficava muito disperso ali, não tinha interesse” (Magnólia, 1º ano).

A execução inadequada da metodologia no ensino revela a despreparação pedagógica dos docentes, trazendo atividades teórico-clínico descontextualizadas, não despertando o interesse do acadêmico. Uma aluna afirmou que

“as aulas pareciam burocráticas, como se fossem apenas para cumprir tabela. Faltou algo que realmente despertasse nossa atenção” (Jasmin, 2º ano).

Esses relatos destacam a priorização de disciplinas técnico-científicas em detrimento das humanísticas, reflete uma hierarquia implícita que desvaloriza aspectos éticos e humanísticos da prática médica. Essa subvalorização impacta diretamente na formação integral dos estudantes, limitando seu desenvolvimento da capacidade reflexiva e de compreensão ética devido o ensino ético não estruturado e dependente do professor / preceptor. Uma aluna destaca que

“a gente aprendeu mais a aplicabilidade da ética médica acompanhando os professores na prática do internato” (Rosa, 2º ano).

Outro aluno potencializou a superficialidade metodológica do ensino da ética e a dificuldade no cotidiano hospitalar:

“Faltou trazer casos para a gente discutir, ver como cada situação pode ser diferente. Acho que isso ajudaria a lidar melhor com o que encontramos no hospital” (Girassol, 2º ano).

Outro aluno destacou como consequência dessa lacuna a dificuldade em desenvolver habilidades essenciais, como comunicação, tomada de decisão e interação profissional. Demonstraram muita insegurança diante dos dilemas éticos no ambiente clínico, “sem exemplos práticos, ficamos inseguros. Agora, no internato, precisamos lidar com situações sérias e parece que não estamos preparados” (Amarílis, 2º ano).

O conteúdo ensinado na disciplina de ética se mostrou dissonante com a prática corriqueira hospitalar. Essa incoerência não estimulou a reflexão, a crítica racional e cognitiva de situações éticas que ocorrem no ambiente hospitalar. Como exemplifica uma aluna:

“Não eram casos tão específicos assim, não era tão visado na nossa prática. Então, por isso que eu acho que era mais difícil da gente ter interesse, porque o professor pegava, às vezes, um texto que estava muito assim, meio filosófico demais, muito subjetivo. Eu acho que

tinha que ser mais prático, mesmo um caso clínico, por exemplo, um caso de um paciente, o que aconteceu, se teve algum processo tal, eu acho que ia ser mais proveitoso assim, mais interessante” (Ortência, 1º ano).

Outro estudante ressaltou que o conteúdo ensinado não condizia às exigências da rotina hospitalar, reforçando a necessidade de modificação:

“Para mim, a questão da parte de ética médica, a gente não teve algo relacionado real. Tinha uma matéria de ética geral, que a gente via no cursinho ou na escola. Mas estudar real, todos os preceitos e conceitos da ética em si, no cotidiano, a gente não teve” (Margarida, 2º ano).

Outro acadêmico destacou que durante o ensino da ética, tiveram uma visão jurídica, com conteúdo para tomada de decisões corretas conforme os princípios e normas do código ético profissional e que não houve aplicação de princípios bioéticos e tampouco aprendizado emocional de valores e atitudes.

“O conteúdo apresentado por ele era de uma visão médica sobre o direito médico; foi a visão de um advogado sobre o direito médico. Então, pra gente, foi pouco agregado, não somou tanto não” (Cravo, 2º ano).

Os estudantes apontaram para a ausência de um alinhamento claro entre os objetivos do currículo formal e as necessidades práticas dos estudantes para a sobrevivência durante o internato médico:

“Essa questão de ética médica foi uma matéria desperdiçada, eu aprendi pouca coisa e é uma matéria importante e não temos noção nenhuma do que precisa fazer” (Rosa, 2º ano).

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina^[1], recomendam metodologias pedagógicas ativas, visando desenvolver a sensibilidade ética dos alunos. O ensino deve partir da análise de problemas clínico-éticos,

promovendo a reflexão e a deliberação sobre conflitos morais na prática médica. Para atingir esse objetivo, é necessário integrar teoria e prática por meio de currículos baseados em problemas reais do internato médico, o que facilita a aplicação dos conceitos éticos e o desenvolvimento de habilidades técnicas, cognitivas e valores como tolerância e compaixão^[3].

Isso exige uma integração robusta entre teoria e prática, como forma de consolidar a segurança, autonomia e sensibilidade dos futuros profissionais^[8]. E para esse alcance é necessário que os educadores sejam tecnicamente competentes e eticamente aptos para a prática^[9].

O despreparo docente é uma das causas centrais dessa problemática, evidenciando a necessidade de diretrizes éticas mais claras e de melhor formação didática e pedagógica. O ensino da bioética, por sua vez, não deve ser limitado à aplicação normativa de princípios éticos, mas deve incluir competências hermenêutico-práticas, permitindo aos estudantes interpretar problemas morais em contextos específicos^[10].

É importante distinguir a ação ética do médico, que respeita a autonomia e beneficia o paciente, dos conflitos morais, onde há incerteza sobre a ação correta. Um exemplo clássico é a recusa do paciente em receber tratamento, exigindo que o médico delibere sobre o melhor curso de ação^[11].

A ética médica aponta para os deveres normais do exercício da Medicina recolhidos no código. A ética clínica ou a bioética clínica trata, ao contrário, dos conflitos morais que esse exercício suscita, cuja resposta não está simplesmente no código^[24]. Para resolver essas questões controversas é necessário aprender metodologia de deliberação que ajudam analisar eticamente os valores em conflito e qual é o caminho mais adequado de solução. Essa diferença aponta para a necessária distinção no currículo da Medicina entre a ética médica que é o estudo dos deveres profissionais do código e a bioética clínica que ajuda na aprendizagem de metodologias de deliberação para resolver conflitos morais da prática clínica^{[11],[12]}.

Nesse sentido, o aprendizado ético não se resume à compreensão normativa, mas envolve um processo ativo de reflexão sobre as implicações sociais e morais das decisões tomadas. Esse processo exige deliberação, incluindo a capacidade de compreender e valorizar a alteridade e promovendo reflexões sobre o impacto das próprias ações nos outros^[3].

A distinção entre o currículo formal e o currículo oculto é um aspecto crucial na análise da formação ética. O currículo formal, definido pelas diretrizes curriculares e pelos objetivos explícitos de ensino, é fundamentado em metodologias ativas, promovendo o desenvolvimento do raciocínio crítico, a capacidade de lidar com responsabilidades e incertezas e habilidades comunicativas e técnico-científicas^[3]. Os dados demonstraram que a prática pedagógica nem sempre corresponde ao ideário oficial e o ambiente das interações muitas vezes nega o que é proposto como ético. Por isso, o currículo oculto, emergente das interações interpessoais e das práticas culturais no ambiente acadêmico e clínico, frequentemente opera como um conjunto de conhecimentos informais que impactam profundamente a formação médica^{[14],[15]}.

Esse currículo oculto, embora não avaliado diretamente, desempenha um papel essencial na socialização dos estudantes. No entanto, ele também evidencia problemas significativos, como a falta de capacitação pedagógica dos preceptores e professores.

Semberoiz^[8] aponta que a socialização oculta pode influenciar negativamente a atuação dos estudantes, já que muitas vezes esses profissionais não possuem a formação necessária para lidar com os desafios éticos no ambiente prático, desmotivando os estudantes.

Clima Ético Organizacional

Essa categoria trata das dinâmicas de poder e relacionamento no ambiente hospitalar, especialmente nas interações dos estudantes com a equipe interdisciplinar e residentes^[25]. Competição e hierarquização afetam o clima ético, impactando a socialização profissional, a sensibilidade moral e o desenvolvimento ético durante o internato.

A relação com a equipe interdisciplinar, composta por diversos profissionais, foi marcada por relatos de competitividade e falta de acolhimento. Essa postura dificultava o aprendizado prático, gerando um ambiente pouco colaborativo que impactava a segurança e a integração dos estudantes no hospital. Um estudante relatou que *“alguns profissionais nem falam bom dia. Parece que estamos sempre atrapalhando o serviço deles”* (Rosa, 2º ano).

Outro destacou o desconforto gerado pelo ambiente hostil, *“o pessoal não tem vontade de dar bom dia. É muito ruim. Eu me senti extremamente desconfortável”*

(Violeta, 1º ano).

A percepção de desvalorização e a falta de apoio da equipe também foram mencionados pela aluna como, *“às vezes a equipe fala de forma rude e a gente se sente desorganizado. Não é um clima acolhedor para quem está aprendendo”* (Margarida, 1º ano).

Essas dificuldades de comunicação e interação geravam uma sensação de exclusão nos estudantes, comprometendo o desenvolvimento de habilidades colaborativas e éticas. Desse modo, a postura de competitividade da equipe frequentemente era vista como um obstáculo ao aprendizado prático. Um estudante comentou: *“temos de estar sempre pisando em ovos com a equipe. Parece que estão sempre prontos para nos criticar”* (Tulipa, 2º ano).

Essa falta de suporte dificultava a construção de uma relação respeitosa e empática entre os estudantes e os profissionais, ampliando as barreiras para o aprendizado efetivo. As relações com os médicos residentes foram descritas como hierarquizadas e marcadas por conflitos. Os estudantes frequentemente relataram uma sensação de superioridade profissional, em vez de colaboração, devido à postura dominadora de alguns residentes. Como observado por um aluno: *“os residentes querem dominar tudo e nos tratam como se fôssemos competidores, não colegas de aprendizado”* (Jasmim, 2º ano).

Essa postura contribuiu para a sensação de isolamento e desvalorização por parte dos estudantes, especialmente em momentos onde o apoio era essencial para a aprendizagem. Um aluno mencionou que, *“tem dias em que parece que a gente nem deveria estar ali. Falta uma orientação adequada e até uma ajuda simples”* (Lírio, 2º ano).

A postura de superioridade de alguns residentes, foi uma barreira destacada. Um estudante comentou, *“a gente fazia todo o trabalho e no final não era reconhecido, o residente só tomava o crédito do que a gente fez”* (Girassol, 1º ano). Essa relação hierárquica desfavoreceu a socialização e o aprendizado colaborativo, fortalecendo a sensação de insegurança e desmotivação entre os estudantes. No contexto do internato médico, onde os estudantes interagem diretamente com pacientes e equipes multidisciplinares, a habilidade de comunicação torna-se indispensável. Por isso, a problematização dos contextos de prática é essencial para a aquisição de competências éticas e sensibilidade moral. Nesse sentido, a falta de um ambiente reflexivo estruturado pode levar à perpetuação de práticas desumanizadas,

dificultando o desenvolvimento de uma postura ética sólida^[4].

O ambiente de trabalho em equipe exerce um papel pedagógico importante, promovendo um atendimento comprometido com a democratização das relações, refletindo qualidade, acolhimento e humanização^[24]. Isso requer uma cultura organizacional que favoreça um clima ético, transparência e reflexão.

Essa importância do clima organizacional aponta para a necessidade de um marco ético ^[8] ao nível das interações práticas que faça frente às manifestações do currículo oculto presente nas atitudes de competitividade e hierarquização que negam o profissionalismo ^[17]. Se a formação profissional dos estudantes está mais relacionada com as mensagens informais ocultas disseminadas no ambiente do que com os objetivos do currículo formal, então o marco ético que inspira e motiva as relações do contexto acadêmico da Medicina tem um papel fundamental e precisa ser tornado consciente e assumido para que seja o foco da socialização médica dos alunos.

O marco ético será determinante para a formação do caráter moral dos estudantes pela construção de uma subjetividade que responda às exigências morais da profissão médica ^[8]. Um enfoque no ambiente das práticas é relevante para a criação de competências éticas profissionais.

A pesquisa revelou que os estudantes enfrentam situações de hierarquia e competição, gerando insegurança, ansiedade e sofrimento moral. Essas dinâmicas afetam a sensibilidade moral, comprometendo o aprendizado e o desenvolvimento de habilidades interpessoais e éticas. O modelo hospitalocêntrico reforça uma prática clínica individualista e tecnicista, focada em produtividade e eficiência técnica^{[18][8]}.

O ensino em ambientes clínicos frequentemente apresenta barreiras implícitas, como atitudes de intimidação e desrespeito, como parte do currículo oculto, que impedem os estudantes se sentirem parte do contexto hospitalar. Como consequência, os alunos escondem dúvidas ou sentimentos, reforçando um ciclo de isolamento e aprendizado incompleto. Por sua vez, a hierarquização do ensino afeta o acesso ao conhecimento, prejudicando a formação dos futuros médicos e dificultando a internalização de valores éticos e humanísticos ^[19]. Essa análise revela a importância de repensar as práticas pedagógicas e organizacionais nos contextos hospitalares, promovendo uma cultura de acolhimento, respeito e valorização mútua, capaz de integrar os estudantes de forma mais construtiva e ética ao ambiente clínico^[15]. Ou seja, buscar insistentemente o equilíbrio entre o treinamento biomédico

e a formação humana dos alunos [8].

Assim, o estudante de Medicina aprenderá a competência de deliberar e de decidir com inteligência técnica e com humanização empática, em situações de incerteza típica da experiência clínica, exigindo conhecimento científico e autoconhecimento, com uma capacidade adicional de antecipar as consequências e a coragem para agir [20].

A Atitude Do Profissional (Preceptor/Professor) Enquanto Docente

Esta categoria explora a influência das atitudes dos preceptores e professores no desenvolvimento ético e moral dos alunos de Medicina, especialmente durante o internato. A relação direta entre preceptores/professores e alunos desempenha um papel crucial na formação ética, refletindo tanto nas práticas pedagógicas quanto na postura profissional demonstrada no ambiente clínico.

A prática pedagógica dos preceptores foi destacada como um desafio negativo para o aprendizado ético dos alunos. Comentários autoritários, desmotivação e falta de acolhimento por parte dos preceptores contribuíram para a insegurança dos estudantes em situações práticas. Um aluno compartilhou que, *"o professor não respondia às nossas perguntas e isso nos deixava completamente perdidos."* (Orquídea, 2º ano).

Outro estudante relatou a sensação de desvalorização causada pela postura desrespeitosa de um preceptor, *"o professor chamava a gente de burro e não ajudava em nada. Fica só desmotivando."* (Cravo, 2º ano).

Essas atitudes desmotivadoras, associadas a uma hierarquia rígida, inibiram o diálogo aberto e o acolhimento, impactando negativamente a formação ética e a autoconfiança dos alunos. A ausência de feedback construtivo dificultou o desenvolvimento de habilidades humanísticas e desencorajou a expressão de dúvidas e emoções, prejudicando sua formação integral.

Portanto, muitos estudantes mencionaram que a postura pedagógica de alguns preceptores que priorizavam aspectos técnicos em detrimento da discussão ética da clínica, foi desmotivadora, reforçando uma visão limitada sobre o papel do profissional de saúde na prática médica.

Como resultado, esses alunos frequentemente replicaram comportamentos observados, por receio e temor, sem a devida reflexão sobre o impacto ético de suas

ações. Um participante destacou, *“os preceptores faziam a gente se sentir constantemente ameaçados, sempre com medo de errar e ser criticado”* (Lírio, 2º ano).

Essa combinação da falta de sensibilidade pedagógica com posturas desmotivadoras aponta para a necessidade de uma educação libertadora e crítica como base para suscitar a sensibilidade moral nos estudantes de Medicina. Isso exige preceptores que valorizem o diálogo e a empatia, criando um ambiente acolhedor e reflexivo com práticas educativas que valorizem o diálogo e a reflexão ética, proporcionando uma formação ética sólida e alinhada às demandas do exercício profissional [8].

Outro aspecto apontado pelos resultados é a postura profissional do preceptor, pois, de forma consciente ou inconsciente, ele transmite aos estudantes, normas e valores por suas atitudes, que podem minar suas mensagens formais idealizadas do que é ser ético. Cada palavra dita, cada ato executado ou omitido, cada piada feita, cada silêncio mantido ou cada decepção manifestada em um ambiente intra-hospitalar, tem uma influência maior sobre quem está aprendendo do que aquilo que é ensinado como postura ética [21].

A socialização oculta motiva, de forma negativa, na atuação dos estudantes, principalmente porque há um comportamento não profissional transmitido pelos educadores. Somado a isso, o despreparo e a inadequação nos aspectos psicológicos a que estão expostos devido às mensagens contraditórias e nocivas do currículo oculto fazendo com que se sintam desmotivados e induzidos a falta de coerência ética [8].

Por isso, a necessidade de compreender o currículo oculto como um elemento essencial na formação médica, que pode tanto enriquecer quanto prejudicar o desenvolvimento ético dos estudantes. Para que isso aconteça é necessário um trabalho curricular crítico que compreenda uma reflexão sobre as influências do poder, a tradição e a política na estrutura curricular, sobre quem organiza o currículo, como a biomedicina configura e fixa as categorias fundamentais do currículo [22].

Dentro do currículo oculto também podem ocorrer hostilidades aos estudantes, como abusos verbais, institucionais, físico, assédio sexual e racial [27]. Esses acontecimentos, muitas vezes, são silenciados pelos estudantes, criando uma carapaça para se defenderem, embotando a empatia e a compaixão, levando a comportamento negligente e abusivo contra as pessoas que estão sob seus cuidados [8].

O desafio do educador do estudante de Medicina é estar vigilante da sua prática pedagógica, porque o discurso e a prática devem caminhar juntos pautados no respeito, na aceitação e no convívio com as diferenças, permitindo que o aluno desperte para a sensibilidade moral frente ao outro e a reflexão crítica diante das situações ^{[2],[14]}.

O professor de Medicina deverá ter capacidade do ensino da deliberação para reconhecer a existência de um problema moral e sensibilidade para discernir, numa situação clínica, as questões que merecem considerações moral, promovendo o raciocínio moral com argumentos em vista de uma decisão que seja moralmente justificável, potencializando a motivação moral para realizá-la e colocando os valores inerentes à profissão acima dos interesses pessoais ou institucionais ^[14].

Para resolver conflitos éticos provenientes de casos clínicos não bastam os princípios da ética médica presente no código, é preciso conhecer metodologias de deliberação bioética que ajudam a resolver eticamente conflitos morais sem cair na falácia de transformar problemas que pedem vários caminhos de solução em dilemas que opõe duas soluções antagônica ^[23].

DISCUSSÃO

Os resultados demonstram uma desconexão entre o ensino formal de ética e a prática clínica vivenciada pelos estudantes durante o internato. A falta de metodologias interativas e contextualizadas gerou dificuldades na internalização dos conceitos éticos. A literatura indica que a integração entre teoria e prática, por meio de estudos de caso e práticas reflexivas, é essencial para o desenvolvimento da sensibilidade moral.

As interações no ambiente hospitalar, caracterizadas por competição e hostilidade, reforçam a necessidade de um clima ético organizacional positivo. Estudos anteriores destacam que ambientes colaborativos promovem a aquisição de habilidades comunicativas e o fortalecimento dos valores éticos. Entretanto, o clima hierarquizado e as atitudes desmotivadoras dos preceptores impedem que essas experiências sejam vivenciadas plenamente.

As atitudes autoritárias e a falta de feedback construtivo por parte dos preceptores revelam a presença de um currículo oculto prejudicial, como apontado por Semberoiz ^[4]. Isso reforça a necessidade de diretrizes que garantam a formação de

preceptores técnica e eticamente preparados para atuar como modelos na formação dos estudantes.

CONCLUSÃO

A formação ética da socialização profissional do acadêmico de Medicina é um componente essencial para a construção da sensibilidade moral. Entretanto os dados da pesquisa, demonstraram que o ensino da ética é teórico e abstrato, desconectado da prática clínica. Nesse sentido, as metodologias de aprendizagem não são ativas, porque não partem de problemas a serem resolvidos.

Portanto, torna-se imprescindível que o ensino da ética seja mais conectado à prática clínica, com a implementação de metodologias que valorizem atividades que promovam o desenvolvimento de habilidades como liderança, empatia e comunicação. Outro ponto crucial evidenciado é o impacto do currículo oculto, que, embora não explicitado formalmente, exerce influência determinante sobre a formação ética dos estudantes.

A dependência de preceptores e professores sem a devida capacitação pedagógica reforça comportamentos que nem sempre estão alinhados aos valores éticos. Essa lacuna organizacional exige que instituições de ensino médico repensem suas estratégias educacionais, incorporando práticas pedagógicas que promovam a reflexão crítica e a aplicação prática dos princípios éticos. Assim, a reestruturação curricular e a capacitação pedagógica dos docentes são passos fundamentais para que a formação ética deixe de ser percebida como descontextualizada e se torne uma ferramenta efetiva na construção de profissionais éticos, sensíveis e preparados para lidar com os desafios da Medicina moderna.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em: 23 out. 2024.
2. Araujo, V. P. C. (2018). O conceito de currículo oculto e a formação docente. Revista de Estudos Aplicados em Educação, 3(6). Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_estudos_aplicados/article/view/5341. Acesso em: 24 out. 2024.

3. Machado, C. D. B., Wu, A., & Heinzle, M. (2018). Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. *Revista Brasileira De Educação Médica*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v42n4RB20180065>. Acesso em: 23 out. 2024.
4. Nora, C. R. D. (2017). Sensibilidade moral dos enfermeiros face aos problemas éticos na atenção primária à saúde. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. Disponível em: doi:10.11606/T.7.2018.tde-20092018-171627. Acesso em: 24 out. 2024.
5. Andrade, L. L., Sitja, L. M. Q., & Anjos, M. M. dos . (2024). Formação profissional de médicos humanistas: desafios e possibilidades na pedagogia universitária. *Revista Educação E Emancipação*, 17(1), 287–308. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/reducacaoemancipacao/article/view/23303/125> Acesso em: 24 out. 2024
6. Denzin, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. (Orgs). (2010). O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Bookman.
7. Virginia Braun & Victoria Clarke (2006) Using thematic analysis in psychology, *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101, DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.
8. Semberoiz, Alfredo. (2012). O momento ético. Sensibilidade moral e educação médica. Ed. UNISINOS.
9. Kenny B, Thomson K, Semaan A, Di Michele L, Pollard N, Nicole M et al. (2019). Ethics in professional practice: an education resource for health science students. *Intern J Pract-Bas Learn Health Soc Care* (Internet). (acesso 10 de dez 2024); 7(1): 86-101. DOI: 10.18552/ijpblhsc.v7i1.552
10. Bebeau, M.J., (2002). The defining issues test and the four components model: Contributions to professional education, *J Moral Educ.*, vol.31, num. 3, pp.271-95. DOI: 10.1080/0305724022000008115
11. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. eds. (2022). *Ética clínica: uma abordagem prática para decisões éticas em Medicina clínica*, 9e . McGraw-Hill Education. Disponível em: <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3130&ionid=262031271>
12. Junges J. R. Schafer R. Silva G. F., Gibk C. K. S. (2023). Apresentação e discussão de proposta curricular de ensino da Bioética implementada por um curso de Medicina. *Rev. Redbioética/UNESCO*, 14(n. 27-28): 77-92.
13. Junges JR, Schaefer R, Lopes PPS, Altíssimo FC, Ferreira Ribeiro da Silva F, Pesenti Coral G, et al. (2024). Educação médica e formação ética: revisão de escopo. *Rev. bioét.(Impr.)*. 32. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3851. Acesso em: 21 dez. 2024.
14. Rojas, Alberto. (2012). Curriculum oculto en Medicina: una reflexión docente. *Revista médica de Chile* 140.9. 1213-1217.
15. Novaes, Maria Rita Carvalho Garbi et al. (2010). **Actitudes éticas de los estudiantes y egresados en carrera de Medicina con metodologías activas**. *Rev. Bras. Educ. Med.* [online], vol.34, n.01, pp.43-56. ISSN 1981-5271.

16. Carabetta Jr, V. (2016). Metodologia ativa na educação médica. *Revista De Medicina*, 95(3), 113-121. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v95i3p113-121>. Acesso em: 21 nov. 2024.
17. Santos, V.H., Ferreira, J.H., Alves, G.C.A. e Naves, N.M., (2020). Currículo oculto, Educação médica e Profissionalismo: uma revisão integrativa, *Interface (Botucatu)*, num. 24, pp.e190572. disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190572>. Acesso em: 22 nov. 2024.
18. Schaefer, R. e Vieira, M., (2015). Competência ética como recursos de enfrentamento do sofrimento moral em enfermagem, *Texto Contexto Enferm.*, vol.24, num.2, pp.563-73. DOI 10.1590/0104- 07072015001032014
19. Gomes, Annatália Meneses de Amorim, Moura, Escolástica Rejane Ferreira e Amorim, Rosendo Freitas. (2006). O lugar da ética e bioética nos currículos de formação médica. *Revista Brasileira de Educação Médica [online]*, v. 30, n. 2, pp. 56-65. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000200008>>. Epub 20 Dez 2006. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022006000200008>.
20. Weaver, K., Morse, J., & Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 62(5), 607-618.
21. Rodríguez de Castro, Felipe. (2012). Processo de Bolonha (V): o currículo oculto. *Medical Education* 15.1.
22. Wear D. Respect for patients. A case study of formal and hidden curriculum matters. In WEAR D e Aultman (Eds). *Professionalism in Medicine. Critical perspectives*. New York: Springer, 2006
23. Zoboli, E., 2012. Bioética clínica na diversidade: a contribuição da proposta deliberativa de Diego Gracia, *Revista Bioethikós*, vol.6, num.1, pp.49- 57. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/91/a05.pdf>. Acesso em: 24 out. 2024.
24. MONTE, Q. F. (2009). Ética médica: evolução histórica e conceitos, *revista Bioética*, v 17, n3, 2009. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/507/508. Acesso em: 24 out. 2024.
25. Ribeiro, P.E.C.D., Porto, J.B., Puente-Palacios, K. e Resende, M.M., 2016. Clima ético nas organizações: evidências da validade de uma escala de medida, *Temas de Psicologia*, vol.24, num.2, pp.415-425 DOI: 10.9788/TP2016.2-02
26. Serodio, Aluisio, and José A. Maia. (2009). "Do humanismo à ética: concepções e práticas docentes na promoção do desenvolvimento moral do estudante de Medicina." *Revista Bioética* 17.2.
27. Silveira, G. L. (2017). O impacto do currículo oculto na formação da identidade profissional do médico: um estudo qualitativo. Campinas, SP: [s.n.]. Disponível em: https://www.academia.edu/112170614/O_impacto_do_curr%C3%ADculo_oculto_na_forma%C3%A7%C3%A3o_da_identidade_profissional_do_m%C3%A9dico Acesso em: 25 out. 2024; 7(3): 123-130.

5. ARTIGO CIENTÍFICO II

SENSIBILIDADE MORAL DE ESTUDANTES DE MEDICINA EM REGIME DE INTERNATO EM UM CENTRO UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE GOIÁS

RESUMO

Introdução: Em consequência à crítica ao modelo de ensino da medicina, científico-positivista, sendo esta pertencente à cultura ocidental moderna, houve a necessidade de mudanças na estrutura curricular deste curso e diante disso foi criada a Diretriz Nacional Curricular. Esta, exige para a formação médica, a integração da capacitação técnica, ética e humanística, promovendo uma educação crítica, reflexiva e sensível às demandas sociais e humanas. A sensibilidade moral na formação ética dos estudantes de medicina é fundamental pois tem o intuito de reduzir o antagonismo entre o tecnicismo e o humanismo. **Objetivo:** Analisar a sensibilidade moral dos estudantes de medicina em regime de internato e identificar os fatores sociodemográficos que os influenciam. **Método:** Estudo quantitativo, realizado em um Centro Universitário do interior de Goiás, com alunos de medicina, em regime de internato, do nono ao décimo segundo semestres. Os participantes responderam o Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ). Os dados foram analisados utilizando o software R (versão 4.3.3) e o GraphPad Prism (versão 9.5.1). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (parecer nº 5.595.034). **Resultados:** Participaram 74 estudantes de medicina. O estudo indicou que o perfil demográfico é predominantemente feminino, branco, solteiro, sem filhos e sem trabalho remunerado e se identifica como católica. A média da sensibilidade moral foi de 3,581 (DP+0,42) e teve uma correlação com religião ($p=0,0009$), sendo uma sensibilidade maior com os não católicos com média de 3,76 (DP 0,39). O questionário foi dividido em seis dimensões: “Respeito à autonomia do paciente” com média de 4,49 (DP+0,5), “Autonomia modificada” com média 3,792 (DP +/-0,82), “Conflito moral” média 2,896 (DP +/-0,69), “Conhecimento Profissional média 2,810 (DP +/-0,83), “Significado Moral” média 3,884 (DP +/-0,65), “Trabalho em equipe” média 3,618 (DP +/-0,72). As variáveis que demonstraram associação foram os estudantes que tem filhos em relação a dimensão “autonomia modificada”, religião em relação à “autonomia modificada”, à “conflito moral” e à “trabalho em equipe”. **Conclusão:** Conclui-se que, entre as seis dimensões avaliadas pelo questionário MSQ, a que apresentou maior

sensibilidade moral foi “Respeito à Autonomia do Paciente”, enquanto “Conhecimento Profissional” obteve a menor média, o que sugere que o domínio técnico ainda não está suficientemente integrado a princípios éticos no processo formativo. Dentre as variáveis sociodemográficas analisadas, a religião foi a que mais se associou à sensibilidade moral, com impacto em três dimensões do questionário, indicando que valores pessoais interferem na construção ética dos estudantes. Esses achados reforçam a necessidade de currículos que articulem conhecimento técnico e formação ética de forma indissociável, incorporando vivências pessoais, espaços de escuta e práticas reflexivas no ambiente clínico.

Palavras-chave: Formação Ética; Sensibilidade Moral; Conflitos Éticos; Educação Médica.

ABSTRACT

Introduction: As a result of criticism of the scientific-positivist medical education model, which belongs to modern Western culture, there was a need for changes in the curricular structure of this course and, in view of this, the National Curricular Guideline was created. This requires that medical education integrate technical, ethical and humanistic training, promoting a critical, reflective education that is sensitive to social and human demands. Moral sensitivity in the ethical education of medical students is essential because it aims to reduce the antagonism between technicality and humanism. **Objective:** To analyze the moral sensitivity of medical students undergoing internship and identify the sociodemographic factors that influence them. **Method:** Quantitative study, carried out at a University Center in the interior of Goiás, with medical students, in internship, from the ninth to the twelfth semesters. The participants answered the Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ). The data were analyzed using the software R (version 4.3.3) and GraphPad Prism (version 9.5.1). The study was approved by the Research Ethics Committee (opinion no. 5,595,034). **Results:** Seventy-four medical students participated. The study indicated that the demographic profile of the students was predominantly female, white, single, without children and without paid work, and identified as Catholic. The average moral sensitivity was 3.581 (SD+0.42) and had a correlation with religion ($p=0.0009$), with greater sensitivity among non-Catholics with an average of 3.76 (SD 0.39). The questionnaire was divided into six dimensions: “Respect for patient autonomy” with an average of 4.49 (SD+0.5), “Modified autonomy” with a mean of 3.792 (SD +/- 0.82), “Moral conflict” with a mean of 2.896 (SD +/- 0.69), “Professional knowledge” with a

mean of 2.810 (SD +/- 0.83), “Moral meaning” with a mean of 3.884 (SD +/- 0.65), “Teamwork” with a mean of 3.618 (SD +/- 0.72). The variables that demonstrated an association were students who have children in relation to the dimension “modified autonomy”, religion in relation to “modified autonomy”, “moral conflict” and “teamwork”.

Conclusion: It is concluded that, among the six dimensions evaluated by the MSQ questionnaire, “Respect for Patient Autonomy” showed the highest level of moral sensitivity, while “Professional Knowledge” had the lowest average, suggesting that the technical domain is still insufficiently integrated with ethical principles in medical training. Among the sociodemographic variables analyzed, religion was the most strongly associated with moral sensitivity, impacting three dimensions of the questionnaire and indicating that personal values influence students’ ethical development. These findings reinforce the need for curricula that inseparably link technical knowledge and ethical formation, incorporating personal experiences, spaces for active listening, and reflective practices in clinical environments.

Keywords: Ethical Training; Moral Sensitivity; Ethical Conflicts; Medical Education.

INTRODUÇÃO

A história nos mostra o desenvolvimento da medicina sob o modelo científico-positivista em toda a sua era moderna. Esse fato teve como consequência o distanciamento do sentir e saber, em razão à ênfase aos aspectos técnicos biológicos sobre o aspecto psicossocial^[1].

As transformações vivenciadas pela sociedade a partir do século XX, inseriram a humanização como tema central na socialização médica. Ou seja, o ser humano em sua totalidade passou a ser o centro da atenção na saúde e, conseqüentemente, passou a ser exigido no âmbito de saúde uma maior responsabilidade social^[1,3]. Esse fato levantou lacunas com a necessidade de suprir deficiências ao lidar com os aspectos éticos e morais referentes à saúde e ao cuidado durante a formação médica^[3].

Para fazer frente a esse desafio, foram criadas as Diretrizes Nacionais Curriculares, em 2014, com a finalidade de reestruturar a curricularização do curso de medicina, tendo como propósito a formação de um profissional humanista, crítico e reflexivo. A finalidade é capacitar o futuro profissional para atuar pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, na

perspectiva da integralidade, da assistência com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania e, com isso, promover a saúde integral do ser humano^[2].

O Projeto Pedagógico do Curso de Medicina analisado, conta com disciplinas humanísticas e sociais, como Educação Ambiental, Ética e Cidadania, Cultura das Relações Afro-Brasileiras, Ética Médica e Ética do Estudante de Medicina. A inserção dessas disciplinas teve o objetivo de formar médicos com competência ética e moral para superar o antagonismo entre o tecnicismo e humanismo. Entretanto, o ensino das humanidades tem sido desconsiderado do escopo central do curso de medicina, encontrando resistências e desmotivação nos docentes responsáveis por essas disciplinas.

A desarticulação da área de humanidades na formação médica traz o desafio de sua inserção na prática médica. O interessante é ter disciplinas com temas humanistas transversais, que se apresentem em diferentes momentos durante toda a formação do aluno, trazendo a humanização para a discussão de casos clínicos realístico, desenvolvendo o raciocínio crítico e reflexivo do acadêmico^[1,3].

O internato representa o momento de radicalização e de aprofundamento das práticas profissionais vivenciadas desde o início do curso de medicina. É nesse momento que o estudante possui maior autonomia e capacidade de articular diferentes arranjos tecnológicos do trabalho médico, em diferentes contextos^[2]. É nesse período, também, que se observa a presença de conflitos institucionais, conflitos com pacientes e/ou seus familiares e conflitos com a equipe multidisciplinar, sendo a necessidade de percepção e enfrentamento destes, o motivo que torna a sensibilidade moral necessária^[5].

Sensibilidade moral é a capacidade de reconhecer e abordar adequadamente os conflitos éticos humanísticos que surgem nas interações com pacientes, colegas de trabalho e a sociedade. A sensibilidade moral é a compreensão da capacidade de interpretação em uma dada situação considerando questões éticas presentes, suas ações e as consequências de seus atos. Ou seja, é caracterizada por uma habilidade subjetiva, que confere a capacidade de identificar o componente moral de um conflito, considerando a vulnerabilidade do paciente e, assim, tomar uma decisão com base em princípios éticos e valores^[4].

Espera-se dos acadêmicos de medicina um nível moral superior, dada a função

e a natureza da profissão escolhida: cuidar, ajudar e curar as pessoas, fundamentada em valores e na busca do bem individual e coletivo, tendo como objetivo a qualidade de vida do ser humano^[2]. Muitas vezes, os estudantes de medicina não conseguem identificar o componente ético nas situações do seu cotidiano de atuação, resultando em problemas éticos^[7]. Essa dificuldade pode ser devida a pobre relação do cuidado centrado no paciente ou pelas socializações ocultas vindas dos profissionais que estão sob a responsabilidade de sua formação^[14].

A relevância deste estudo está em sua contribuição para o campo da educação médica, ao examinar as lacunas e os desafios que comprometem o desenvolvimento ético dos futuros profissionais de saúde^[9]. Em outras palavras, incentivar o engajamento dos alunos com os valores da ética profissional, fortalecer o desenvolvimento da empatia e da conduta ética na formação médica, para potencializar a sua sensibilidade moral^[10]. Assim, o objetivo desse estudo é identificar quais fatores demográficos tem correlação com a sensibilidade moral dos estudantes de medicina em regime de internato.

MÉTODO

Este é um estudo quantitativo, transversal, de base universitária. A investigação foi conduzida com alunos do curso de Medicina, de um Centro Universitário do interior de Goiás, que se encontravam em regime de internato, ou seja, matriculados nos dois últimos anos da graduação (do nono ao décimo segundo semestres do curso).

A coleta de dados compreendeu a aplicação de um questionário impresso, realizada de forma presencial, em novembro de 2023, nos campos de prática dos alunos: Hospital Municipal, Ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde. Os critérios de inclusão consideraram os alunos que se encontravam com a matrícula ativa, entre o nono e décimo segundo semestres do curso de medicina. Foram excluídos aqueles que não assinaram o TCLE, os não matriculados e os alunos que não estão no internato médico.

As variáveis independentes foram: sexo, religião, cor, estado civil, se tem alguma atividade laboral, se tem filhos. A variável dependente foi a sensibilidade moral, identificada através do instrumento Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ), versão brasileira. As respostas são escala tipo Likert de 5 pontos, variando de 1 - discordo totalmente a 5 - concordo totalmente^[49].

A entrada dos dados foi realizada por meio do software EpiData versão 3.1, com dupla entrada. Posteriormente, a digitação foi comparada com as fichas originais para eliminar possíveis erros.

As análises estatísticas para este estudo foram realizadas utilizando o software R (versão 4.3.3) e o GraphPad Prism (versão 9.5.1). O software R foi utilizado para importação, manipulação e análise dos dados, com o suporte de diversos pacotes especializados, incluindo readxl para leitura de planilhas Excel, dplyr para manipulação e filtragem de dados, tidyr para reorganização dos dados em diferentes formatos (longo e largo), openxlsx para exportação dos resultados em formato Excel, psych para cálculo de estatísticas descritivas, janitor para padronização dos nomes das variáveis e stringi para remoção de acentuação.

Os dados foram estruturados com base em 17 questões relacionadas à sensibilidade moral dos estudantes de medicina, agrupadas em seis dimensões principais: "Respeito à autonomia do paciente", "Autonomia modificada", "Conflito Moral", "Conhecimento Profissional", "Significado Moral" e "Trabalho em Equipe". Para cada variável selecionada, foram calculadas estatísticas descritivas, incluindo média, desvio padrão, mediana, valores máximo e mínimo, além do teste de normalidade de Shapiro-Wilk para avaliar a adequação dos dados a testes paramétricos.

Para a análise inferencial, foram utilizados testes não paramétricos adequados às características dos dados, que apresentaram distribuição assimétrica e não atenderam aos pressupostos de normalidade e homocedasticidade. Para variáveis dicotômicas, como "Sexo" e "Tem filhos", foi aplicado o teste de Mann–Whitney U, que é robusto para amostras pequenas e dados não normalmente distribuídos. Para a variável politômica, "Cor", foi utilizado o teste de Kruskal–Wallis, com cálculo do tamanho de efeito associado mesmo nos casos em que os pós-testes não foram aplicados, dada a ausência de significância estatística.

Os tamanhos de efeito foram estimados de acordo com a natureza do teste estatístico aplicado. Para o teste de Mann–Whitney U, o tamanho de efeito foi calculado com base no coeficiente r de Rosenthal, a partir do escore Z padronizado, utilizando a fórmula $r = Z / \sqrt{N}$, sendo N o número total de observações. Para o teste de Kruskal–Wallis, foi utilizado o estimador epsilon squared (ϵ^2), calculado a partir da estatística H ajustada, de modo a evitar valores negativos ou superiores a 1. Para as

correlações de Spearman, o próprio valor absoluto do coeficiente ρ foi utilizado como medida de efeito. A interpretação dos tamanhos de efeito seguiu diretrizes amplamente aceitas nas ciências sociais e biomédicas, classificando os valores como fracos (r ou $\rho < 0,3$), moderados (entre 0,3 e 0,5) e fortes (superiores a 0,5), enquanto para o ϵ^2 foram consideradas as classificações de efeito pequeno ($\epsilon^2 < 0,06$), moderado (ϵ^2 entre 0,06 e 0,14) e elevado ($\epsilon^2 > 0,14$).

Além disso, para cada teste estatístico, foi estimado o poder estatístico (power) sempre que possível, com base no tamanho do efeito observado e no tamanho amostral disponível, utilizando o pacote pwr do R. Para os testes de Mann–Whitney e Spearman, o poder foi calculado diretamente, enquanto para o teste de Kruskal–Wallis, cuja complexidade inviabiliza a estimativa direta com os pacotes utilizados, a ausência de cálculo foi indicada nas tabelas com o valor “NA”. Todos os testes foram realizados com nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), e os valores de p foram apresentados de forma exata, sem arredondamentos artificiais, de forma a garantir precisão na interpretação estatística dos resultados.

Os dados para as figuras e gráficos, representado na Figura 1, foram gerados no GraphPad Prism (versão 9.5.1). Essa figura apresenta os escores médios para as seis dimensões de sensibilidade moral, incluindo a mediana, os valores máximos e mínimos e a dispersão dos dados. As letras "a", "b" e "c" indicam grupos que não diferem significativamente entre si, conforme determinado pelo teste de Kruskal–Wallis seguido pelo teste de comparações múltiplas de Dunn, adotando-se nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

Os dados para as figuras e gráficos foram gerados no GraphPad Prism (versão 9.5.1). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – Parecer nº 5.595.034.

RESULTADOS

Perfil Sociodemográfico dos Estudantes de Medicina em Estágio de Internato no Estado de Goiás, Brasil

Os dados descritivos dos acadêmicos de medicina em estágio de internato, cursando entre o décimo e décimo segundo semestre em instituições presentes no

Estado de Goiás, Brasil, estão apresentados na tabela 1. Em relação à distribuição por sexo, 68,49% dos estudantes são do sexo feminino ($n = 50$), enquanto 31,51% são do sexo masculino ($n = 23$), com uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2 = 9,986$; $p = 0,002$). Quanto à cor/raça, a maioria dos estudantes se identificou como branca (61,64%; $n = 45$), seguida por pardos (34,25%; $n = 25$), enquanto estudantes que se identificam como pretos (2,74%; $n = 2$) e amarelos (1,37%; $n = 1$) foram menos frequentes, resultando em uma diferença altamente significativa entre as categorias ($\chi^2 = 72,479$; $p < 0,0001$).

No que diz respeito ao estado civil, a grande maioria dos estudantes se declarou solteira (88,89%; $n = 64$), enquanto uma proporção menor relatou ser acompanhada (9,72%; $n = 7$) e apenas um estudante (1,39%) se identificou como casado, o que também revelou uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($\chi^2 = 100,750$; $p < 0,0001$). Em relação ao trabalho remunerado, a vasta maioria dos estudantes não trabalha (95,89%; $n = 70$), com apenas 4,11% ($n = 3$) relatando alguma forma de emprego, diferença que foi estatisticamente significativa ($\chi^2 = 61,493$; $p < 0,0001$).

Quanto à presença de filhos, a grande maioria dos estudantes não tem filhos (97,22%; $n = 70$), enquanto apenas 2,78% ($n = 2$) relataram ter filhos, com uma diferença marcante entre os grupos ($\chi^2 = 64,222$; $p < 0,0001$).

No que diz respeito à religião, a maioria dos estudantes se identificou como católica (63,01%; $n = 46$), enquanto 36,99% ($n = 27$) se declararam não católicos, com uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2 = 4,945$; $p = 0,026$).

Esses resultados indicam que o perfil demográfico dos estudantes de medicina em internato na instituição analisada é predominantemente feminino, branco, solteiro, sem filhos e sem trabalho remunerado, com uma maioria que não reside com a família e se identifica como católica.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos estudantes de medicina em internato de uma instituição de ensino superior do estado de Goiás, Brasil

Variável	Categoria	Freq. – N	Freq. - %	χ^2	Valor p
Sexo	Feminino	50	68,49	9,986	0,002
	Masculino	23	31,51		
	Total	73	100		
Cor	Amarela	1	1,37	72,479	<,0001
	Branco	45	61,64		
	Parda	25	34,25		
	Preta	2	2,74		
	Total	73	100		
Est. Civil	Acompanhado	7	9,72	100,750	<,0001
	Casado	1	1,39		
	Solteiro	64	88,89		
	Total	72	100		
Trabalha	Não	70	95,89	61,493	<,0001
	Sim	3	4,11		
	Total	73	100		
Filhos	Não	70	97,22	64,222	<,0001
	Sim	2	2,78		
	Total	72	100		
Religião	Católico	46	63,01	4,945	0,026
	Não católico	27	36,99		
	Total	73	100,00		
Variável	Média ± DP	Mediana	Mínimo	Máximo	S-W (valor p)
Idade - anos	27,63 ± 3,10	27	24	44	<,0001

Freq. = frequência. N = valor absoluto. % = valor relativo (percentual). χ^2 = teste de qui-quadrado. Est. = estado. DP = desvio padrão. S-W = teste de normalidade Shapiro-Wilk.

Medidas Descritivas das Dimensões de Sensibilidade Moral dos Estudantes de Medicina em Internato no Estado de Goiás, Brasil

Os resultados atualizados das análises descritivas para a totalidade e as seis dimensões de sensibilidade moral avaliadas estão apresentados na Tabela 2. A média da sensibilidade moral total foi de 3,581 (DP+0,42), mediana de 3,521 e valores entre 2,96 e 5,00, com o teste de Shapiro-Wilk indicando ausência de normalidade ($W = 0,9085$; $p = <0,0001$) e teve uma correção com religião não católica.

A dimensão "Respeito à autonomia do paciente" apresentou uma média de 4,490 (DP = 0,50), com mediana de 4,500 e valores variando entre 3,00 e 5,00. O teste de Shapiro-Wilk indicou que os dados dessa dimensão não seguem uma distribuição normal ($W = 0,8617$; $p < 0,0001$), sugerindo uma assimetria significativa. Para a dimensão "Autonomia modificada", a média observada foi de 3,792 (DP = 0,82), com mediana de 4,000 e valores no intervalo de 1,00 a 5,00. O teste de

normalidade também indicou uma distribuição não normal para essa dimensão ($W = 0,9222$; $p = 0,0002$). A dimensão "Conflito Moral" apresentou uma média de 2,896 (DP = 0,69), mediana de 3,000 e valores entre 1,00 e 5,00, com distribuição próxima da normalidade, conforme sugerido pelo resultado do teste de Shapiro-Wilk ($W = 0,9747$; $p = 0,1322$), que não rejeitou a hipótese nula de normalidade, indicando que esta foi a única dimensão que não apresentou evidências de desvio significativo em relação à distribuição normal.

A dimensão "Conhecimento Profissional" teve uma média de 2,810 (DP = 0,83), mediana de 2,833 e valores entre 1,00 e 5,00, com o teste de Shapiro-Wilk indicando ausência de normalidade ($W = 0,9584$; $p = 0,0158$). Da mesma forma, a dimensão "Significado Moral" apresentou uma média de 3,884 (DP = 0,65), mediana de 4,000 e valores variando de 2,33 a 5,00, também sem evidências de normalidade ($W = 0,9643$; $p = 0,0347$). Por fim, a dimensão "Trabalho em Equipe" registrou uma média de 3,618 (DP = 0,72), mediana de 3,500 e valores entre 2,00 e 5,00, com distribuição não normal ($W = 0,9466$; $p = 0,0035$).

Tabela 2. Características descritivas das dimensões de sensibilidade moral, incluindo medidas de tendência central, dispersão e normalidade dos dados para acadêmicos de medicina durante o período de internato em regiões do Estado de Goiás, Brasil ($n = 74$).

Dimensão avaliada	Média $\pm$ DP	Mediana (Min - Máx)	S-W (W; p)
Sensibilidade moral total	3,581 $\pm$ 0,42	3,521 (2,96 – 5,00)	0,9085; <,0001*
Autonomia modificada	3,792 $\pm$ 0,82	4,000 (1,00 - 5,00)	0,9222; 0,0002*
Conflito Moral	2,896 $\pm$ 0,69	3,000 (1,00 - 5,00)	0,9747; 0,1322
Conhecimento Profissional	2,810 $\pm$ 0,83	2,833 (1,00 - 5,00)	0,9584; 0,0158*
Significado Moral	3,884 $\pm$ 0,65	4,000 (2,33 - 5,00)	0,9643; 0,0347*
Trabalho em Equipe	3,618 $\pm$ 0,72	3,500 (2,00 - 5,00)	0,9466; 0,0035*

DP = desvio padrão; Min = valor mínimo; máx = valor máximo; p = valor; S-W = teste de normalidade de Shapiro-Wilk; p = valor de p. * = diferença estatisticamente significativa com alfa de 5%.

Os resultados do teste de Kruskal-Wallis, seguido pelo teste de comparações múltiplas de Dunn, indicaram diferenças estatisticamente significativas entre as dimensões de sensibilidade moral avaliadas (Figura 1). O teste de Kruskal-Wallis foi utilizado devido à ausência de normalidade dos dados, conforme identificado pelo teste de Shapiro-Wilk, que indicou distribuições assimétricas para a maioria das dimensões analisadas ($p < 0,05$).

Na análise de comparações múltiplas de Dunn, a dimensão "Respeito à

autonomia do paciente" apresentou diferenças significativas em relação a todas as outras dimensões. Quando comparada à dimensão "Autonomia modificada", a diferença média das posições (Mean rank diff) foi de 101,6 ($Z = 4,821$; $p < 0,0001$), enquanto a diferença para "Conflito Moral" foi ainda mais acentuada, com uma média de 231,8 ($Z = 11,07$; $p < 0,0001$). Em relação à dimensão "Conhecimento Profissional", a diferença média foi de 241,1 ($Z = 11,44$; $p < 0,0001$), e para "Significado Moral" a diferença média foi de 94,49 ($Z = 4,483$; $p = 0,0001$). A comparação com a dimensão "Trabalho em Equipe" também revelou uma diferença significativa, com um valor médio de 131,9 ($Z = 6,256$; $p < 0,0001$). A maior diferença foi observada na comparação com "Conhecimento Profissional", reforçando a distinção entre essas dimensões.

As comparações entre as outras dimensões também revelaram várias diferenças significativas. Por exemplo, "Autonomia modificada" mostrou diferenças significativas em relação a "Conflito Moral" (Mean rank diff = 130,2; $Z = 6,219$; $p < 0,0001$) e "Conhecimento Profissional" (Mean rank diff = 139,5; $Z = 6,617$; $p < 0,0001$), mas não diferiu significativamente de "Significado Moral" (Mean rank diff = -7,115; $Z = 0,3375$; $p > 0,9999$) ou "Trabalho em Equipe" (Mean rank diff = 30,25; $Z = 1,435$; $p > 0,9999$). Já "Conflito Moral" diferiu significativamente de "Significado Moral" (Mean rank diff = -137,3; $Z = 6,559$; $p < 0,0001$) e de "Trabalho em Equipe" (Mean rank diff = -99,98; $Z = 4,775$; $p < 0,0001$). De forma semelhante, "Conhecimento Profissional" apresentou diferenças significativas em relação a "Significado Moral" (Mean rank diff = -146,6; $Z = 6,954$; $p < 0,0001$) e "Trabalho em Equipe" (Mean rank diff = -109,2; $Z = 5,181$; $p < 0,0001$).

Esses resultados sugerem que as dimensões de sensibilidade moral apresentam diferentes níveis de importância e percepção entre os respondentes, com "Respeito à autonomia do paciente" destacando-se como a dimensão mais distinta, seguida por "Conhecimento Profissional" e "Conflito Moral", que também se mostraram significativamente diferentes entre si. A ausência de diferenças significativas entre "Autonomia modificada" e algumas das outras dimensões, como "Significado Moral" e "Trabalho em Equipe", pode refletir sobre a similaridade de percepções ou sobre a natureza dos construtos avaliados. Essas diferenças observadas indicam que as dimensões de sensibilidade moral não são uniformemente percebidas e que há variações significativas na forma como os participantes avaliam

esses aspectos, reforçando a importância de análises detalhadas para compreender a estrutura das sensibilidades morais em diferentes contextos.

Resultados das análises de associação entre variáveis sociodemográficas e dimensões de sensibilidade moral e com o valor total

Os resultados da análise descritiva e inferencial das associações entre variáveis sociodemográficas e as dimensões de sensibilidade moral dos estudantes de medicina no internato estão apresentados na Tabela 3. Foram utilizados testes de Mann-Whitney U para variáveis dicotômicas, Kruskal-Wallis para variáveis poliatômicas, com cálculos adicionais de tamanho de efeito e poder estatístico sempre que possível.

A única associação estatisticamente significativa quando analisada o valor total da sensibilidade moral, foi observada para a variável "Religião (católico ou não católico)", com $p = 0,0009$ (teste de Mann-Whitney), indicando uma diferença significativa entre os grupos religiosos. Essa variável também apresentou o maior tamanho de efeito ($r = 0,396$), considerado moderado, com poder estatístico elevado ($0,376$), sugerindo que diferenças no pertencimento religioso podem impactar significativamente na sensibilidade moral percebida pelos participantes.

Aprofundando essa informação, foi verificado que essa variável revelou diferenças claras: católicos apresentaram média de 3,48 (DP = 0,41), enquanto não católicos apresentaram média mais elevada de 3,76 (DP = 0,39).

Para a dimensão "Respeito à Autonomia do Paciente", não foram observadas associações estatisticamente significativas para as variáveis analisadas. Embora os tamanhos de efeito para a variável "Sexo" ($r = 0,61891$) tenha sido elevado, indicando variação substancial no escore, esse resultado não atingiu significância estatística ($p > 0,05$). O poder foi insuficiente para detectar diferenças, como observado para a variável "Cor" ($\chi^2 = 3,554$; $p = 0,314$; $\eta^2 = 0,008$; poder = 0,084), sugerindo que o tamanho amostral pode ter sido limitado.

Na dimensão "Autonomia Modificada", algumas variáveis se aproximaram da significância estatística. A variável "Tem filhos" apresentou associação significativa ($U = 124,500$; $p = 0,043^*$; $r = 0,14881$), indicando que estudantes com filhos tendem a ter percepções distintas sobre esta dimensão. Além disso, "Religião (católico ou não)"

também mostrou associação significativa ($U = 393,000$; $p = 0,015^*$; $r = 46,641$), sugerindo que fatores culturais e religiosos podem influenciar as percepções de autonomia moral. O estado civil também se aproximou da significância ($\chi^2 = 5,018$; $p = 0,081$; $\eta^2 = 0,044$; poder = 0,332), sugerindo que a experiência de vida pode ter um papel nessa percepção.

Para a dimensão "Conflito Moral", a variável "Religião (católico ou não)" apresentou uma associação significativa ($U = 429,000$; $p = 0,027^*$; $r = 50,211$), indicando que a orientação religiosa pode influenciar a forma como os estudantes lidam com conflitos éticos. A dimensão "Conhecimento Profissional" não apresentou associações estatisticamente significativas com as variáveis sociodemográficas analisadas.

Para a dimensão "Significado Moral", a maioria das variáveis analisadas não apresentou associações significativas. Variáveis como "Cor" ($\chi^2 = 1,604$; $p = 0,659$) e "Estado civil" ($\chi^2 = 0,867$; $p = 0,648$) tiveram tamanhos de efeito próximos de zero, refletindo baixa influência dessas características nas percepções sobre o significado moral.

Semelhante ao "Significado Moral", a dimensão "Trabalho em Equipe" não apresentou associações estatisticamente significativas com as variáveis sociodemográficas analisadas. O tamanho de efeito foi baixo em todas as comparações, com valores próximos de zero para a variável "Cor" ($\chi^2 = 2,904$; $p = 0,407$).

Em síntese, os resultados indicam que algumas variáveis sociodemográficas, como "Tem filhos", "Religião (católico ou não)", estão associadas a diferenças nas percepções de sensibilidade moral entre estudantes de medicina. Essas associações sugerem que experiências pessoais e contextos sociais podem influenciar as decisões éticas e a formação moral dos futuros médicos. No entanto, a ausência de significância estatística em muitas variáveis destaca a necessidade de estudos com amostras maiores para explorar esses efeitos de forma mais robusta, especialmente no que diz respeito ao impacto da idade nas percepções morais.

Tabela 3 – Associações entre variáveis sociodemográficas e dimensões de sensibilidade moral em estudantes de medicina no internato de instituições do Estado de Goiás, Brasil.

Variável	Dimensão	Método	Estatística	p_valor	Tamanho de efeito	Poder
Sexo	Sensibilidade Moral Total	Mann-Whitney	0,561	0,5749	0,067	0,059
	Autonomia modificada	Mann-Whitney U	448,500	0,326	53,227	-----
	Conflito Moral	Mann-Whitney U	651,000	0,364	76,194	-----
	Conhecimento Profissional	Mann-Whitney U	465,500	0,453	55,245	-----
	Significado Moral	Mann-Whitney U	648,000	0,118	76,903	-----
	Trabalho em Equipe	Mann-Whitney U	441,000	0,281	52,337	-----
Cor	Sensibilidade Moral Total	Kruskal-Wallis	5,234	0,1555	0,033	NA
	Autonomia modificada	Kruskal-Wallis	1,848	0,605	0	-----
	Conflito Moral	Kruskal-Wallis	2,656	0,448	0	-----
	Conhecimento Profissional	Kruskal-Wallis	1,930	0,587	0	-----
	Significado Moral	Kruskal-Wallis	1,604	0,659	0	-----
	Trabalho em Equipe	Kruskal-Wallis	2,904	0,407	0	-----
Estado civil	Sensibilidade Moral Total	Kruskal-Wallis	2,412	0,2993	0,006	NA
	Autonomia modificada	Kruskal-Wallis	5,018	0,081	0,044	0,332
	Conflito Moral	Kruskal-Wallis	3,639	0,162	0,023	0,193
	Conhecimento Profissional	Kruskal-Wallis	0,626	0,731	0	-----
	Significado Moral	Kruskal-Wallis	0,867	0,648	0	-----
	Trabalho em Equipe	Kruskal-Wallis	3,687	0,158	0,025	0,197
Exerce função trabalhista	Sensibilidade Moral Total	Mann-Whitney U	0,782	0,4341	0,093	0,067
	Autonomia modificada	Mann-Whitney U	34,500	0,226	4,094	-----
	Conflito Moral	Mann-Whitney U	37,500	0,06	4,389	-----
	Conhecimento Profissional	Mann-Whitney U	58,500	0,726	6,943	-----
	Significado Moral	Mann-Whitney U	33,000	0,212	3,916	-----

	Trabalho em Equipe	Mann-Whitney U	55,000	0,631	6,527	-----
Tem filhos	Sensibilidade Moral Total	Mann-Whitney U	1,04	0,2982	0,124	0,081
	Autonomia modificada	Mann-Whitney U	124,500	0,043*	14,881	-----
	Conflito Moral	Mann-Whitney U	33,000	0,206	3,889	-----
	Conhecimento Profissional	Mann-Whitney U	75,500	0,803	9,024	-----
	Significado Moral	Mann-Whitney U	61,500	0,83	7,351	-----
	Trabalho em Equipe	Mann-Whitney U	90,500	0,427	10,817	-----
Religião (católico ou não)	Sensibilidade Moral Total	Mann-Whitney U	3,335	0,0009*	0,396	0,376
	Autonomia modificada	Mann-Whitney U	393,000	0,015*	46,641	-----
	Conflito Moral	Mann-Whitney U	429,000	0,027*	50,211	-----
	Conhecimento Profissional	Mann-Whitney U	542,500	0,542	64,383	-----
	Significado Moral	Mann-Whitney U	510,000	0,317	60,526	-----
	Trabalho em Equipe	Mann-Whitney U	412,000	0,028*	48,895	-----

DISCUSSÃO

Este estudo representa uma inovação metodológica e epistemológica ao aplicar o instrumento MSQ – originalmente desenvolvido e validado para a população de enfermeiros – a estudantes de medicina em regime de internato. O ineditismo da abordagem reside na intersecção entre um instrumento consagrado em contextos profissionais consolidados e um público ainda em formação. A proposta visa revelar aspectos latentes da construção ética em ambientes educacionais marcados por hierarquia, tecnicismo e ausência de espaços reflexivos.

A sensibilidade moral, enquanto competência ética relacional, não é estanque, mas produto de múltiplos determinantes: institucionais, culturais, individuais e pedagógicos ^[1]. A sensibilidade moral envolve, também, a disposição para o cuidado e a empatia, o que dialoga com a ética do cuidado defendida por autores como Tronto, que propõe uma abordagem moral baseada na responsabilidade e na responsividade diante das necessidades do outro ^[53]. Essa perspectiva amplia a compreensão da moralidade, especialmente na formação médica, onde o cuidado não pode ser reduzido a protocolos técnicos, mas deve contemplar o reconhecimento da vulnerabilidade alheia.

A predominância do sexo feminino na amostra investigada é semelhante a estudos realizados com enfermeiros ^[50,51] e reflete a composição majoritária de mulheres na força de trabalho em saúde, em que cerca de 70 % dos profissionais são do sexo feminino segundo a OMS ^[52], assim como na medicina atual conforme o Conselho Federal de Medicina (CFM) ^[53]. Esse padrão de gênero tem sido observado em diversos contextos, com a participação feminina superando a masculina tanto na prática clínica quanto nos cursos de graduação em ciências da saúde.

Os resultados encontrados aproximam-se dos valores descritos em pesquisas realizadas com profissionais de enfermagem como Ferreira et al ^[15]. Embora numericamente semelhantes, é fundamental considerar as diferenças qualitativas nos contextos de aplicação. Enfermeiros vivenciam situações éticas concretas, com maior grau de responsabilidade clínica e emocional. Estudantes de medicina, por outro lado, estão imersos em processos de aprendizado mediados por supervisão e normas institucionais muitas vezes rígidas e

paternalistas. Essa diferença se traduz na forma como percebem, processam e reagem à dilemas éticos ^[3,4].

A baixa pontuação observada nas dimensões 'Conflito Moral' e 'Conhecimento Profissional' revela um descompasso entre o que se prega no discurso pedagógico e o que se vivencia na prática. O currículo oculto, definido por Hafferty ^[8] como o conjunto de valores implícitos que os estudantes absorvem por meio das interações cotidianas, exerce influência muitas vezes mais poderosa do que o currículo formal ^[5].

Preceptores que silenciam dilemas éticos, que naturalizam condutas questionáveis ou que não promovem espaços de escuta ativa, contribuem para uma dessensibilização moral progressiva. Fortes reforça que, sem o cultivo de ambientes reflexivos, o tecnicismo prevalece, obliterando a formação ética integral ^[10].

A baixa pontuação observada na dimensão 'Conhecimento Profissional' exige uma análise cuidadosa, pois reflete não apenas uma limitação individual dos estudantes, mas também um sintoma de uma cultura pedagógica que, historicamente, tem desvalorizado a interprofissionalidade. Como apontam estudos recentes, o modelo biomédico centrado no médico ainda domina os cenários de formação médica no Brasil, e isso influencia diretamente a forma como os estudantes se posicionam diante da colaboração com outros profissionais da saúde ^[12].

Conforme discutido anteriormente, o currículo oculto — entendido como as normas, valores e atitudes transmitidos de forma não oficial no ambiente educacional ^[8,13] exerce forte influência sobre o desenvolvimento da sensibilidade moral dos estudantes. Ao moldar comportamentos por meio de padrões informais e práticas institucionais cotidianas, o currículo oculto pode reforçar tanto dilemas éticos quanto atitudes colaborativas, o que justifica sua inclusão na interpretação dos dados deste estudo.

Além de aspectos relacionais, o currículo oculto também se manifesta em estruturas institucionais rígidas, como sistemas de avaliação centrados em desempenho técnico, escassez de tempo para reflexão crítica e culturas organizacionais que valorizam produtividade em detrimento do cuidado ^[32]. Dessa forma, os estudantes internalizam a ideia de que a figura do médico é central e autossuficiente, o que reduz a abertura para o diálogo interprofissional.

Quando o saber da equipe multiprofissional é desconsiderado, a tomada de decisão clínica tende a se tornar mais frágil, tanto do ponto de vista técnico quanto ético. Diversos estudos destacam que a qualidade das deliberações morais, especialmente em ambientes como hospitais-escola, está diretamente ligada à articulação entre diferentes saberes profissionais ^[14]. Nessa perspectiva, ao negligenciar as contribuições de outros membros da equipe, os estudantes acabam restringindo suas próprias possibilidades de analisar dilemas éticos de forma ampla e sensível ao contexto.

Outro ponto que merece destaque diz respeito à sobreposição entre as dimensões 'Respeito à Autonomia do Paciente' e 'Autonomia Modificada'. A média elevada em ambas revela uma contradição estrutural na formação dos futuros médicos: ao mesmo tempo em que reconhecem, teoricamente, o valor da autonomia do paciente, sentem-se autorizados a intervir segundo seu julgamento técnico, mesmo quando isso contraria os desejos expressos pelo próprio paciente ^[10]. Essa tensão reflete a persistência do modelo paternalista, que ainda encontra respaldo nas práticas clínicas e nos discursos institucionais.

Essa ambivalência pode ser compreendida a partir da análise da formação tecnicista, que enfatiza a competência técnica em detrimento da escuta ativa e da empatia. Como demonstram Fortes e Rego & Palácios ^[10,29], esse tipo de formação compromete o desenvolvimento da sensibilidade moral, pois reduz a complexidade das decisões clínicas a critérios puramente racionais, negligenciando os aspectos subjetivos, emocionais e relacionais do cuidado ^[15,16]. Em contraste com as fragilidades apontadas, os altos escores na dimensão 'Significado Moral' revelam que boa parte dos estudantes reconhece que suas condutas clínicas possuem implicações éticas concretas na vida dos pacientes.

Apesar das tensões formativas presentes, esse dado indica que há uma base crítica sensível que resiste à reprodução automática do tecnicismo. Cabe aos processos pedagógicos estimularem esse núcleo reflexivo, promovendo práticas que cultivem a empatia, o juízo moral responsável e a escuta ética nas decisões do cotidiano clínico.

Pesquisas sobre sofrimento moral no contexto da formação médica apontam que é comum os estudantes sentirem desconforto ético ao se darem conta de que determinadas condutas, ainda que corretas do ponto de vista técnico, não corresponderam aos valores humanos que desejavam preservar ^[17].

Longe de indicar fragilidade, essa experiência revela uma consciência ética em construção — um ponto de tensão que pode ser pedagogicamente fértil, desde que os espaços formativos ofereçam suporte institucional e canais reais para escuta, análise e reelaboração dessas vivências.

No que diz respeito à dimensão 'Trabalho em Equipe', os resultados obtidos sugerem uma valorização crescente da colaboração interprofissional. Entretanto, é necessário interpretar esse dado com cautela. Embora os estudantes reconheçam a importância do trabalho conjunto, isso nem sempre se traduz em práticas efetivas no ambiente clínico.

Estudos indicam que, quando o ensino não estimula de forma intencional a construção coletiva do saber, prevalecem comportamentos centrados no desempenho individual ^[18]. Essa contradição — entre os valores proclamados nas diretrizes pedagógicas e as posturas efetivamente reproduzidas — também foi discutida por Passos et al., ao evidenciarem que práticas individualistas continuam presentes mesmo em ambientes acadêmicos que defendem a integralidade e a interdisciplinaridade como princípios formativos.

Outra questão relevante na interpretação dos dados está relacionada ao papel da religiosidade. O presente estudo identificou associações significativas entre a variável religião e a média total da escala, além das dimensões 'Autonomia Modificada', 'Conflito Moral' e 'Trabalho em Equipe'. Tais achados estão em consonância com as observações de Gerone, que ressaltam o potencial da religiosidade como referência moral em momentos de incerteza clínica ^[52].

A espiritualidade, para muitos estudantes, pode atuar como referência pessoal no enfrentamento de dilemas éticos, servindo como base para tomadas de decisão em contextos de incerteza. No entanto, é fundamental que a formação ética no ambiente acadêmico preserve sua natureza laica, assegurando o respeito à pluralidade de crenças sem privilegiar visões morais específicas. Tal abordagem evita a imposição de valores únicos e contribui para um espaço formativo mais inclusivo e dialógico. A formação ética precisa ser suficientemente robusta para incorporar tais diversidades e promover uma reflexão crítica baseada em princípios universalizáveis e respeitosos da pluralidade de valores presentes no ambiente clínico ^[20].

A parentalidade, por sua vez, também se mostrou um fator diferencial na

dimensão 'Autonomia Modificada'. Estudantes com filhos apresentaram maior sensibilidade moral nesse domínio, o que pode estar relacionado à experiência de cuidado e à ampliação da empatia ^[21]. A vivência da parentalidade favorece o reconhecimento da vulnerabilidade humana e amplia a compreensão das necessidades do outro, elementos centrais na construção de um olhar ético sobre o paciente. Estudos indicam que experiências de cuidado pessoal, como a parentalidade, podem fortalecer a empatia clínica e a capacidade de julgamento moral, pois favorecem a internalização de valores como compaixão, proteção e justiça ^[33]. Isso corrobora com os achados do presente estudo e aponta para a importância de considerar trajetórias de vida como parte da formação ética dos futuros médicos.

Esses dados reforçam a ideia de que a sensibilidade moral não é apenas um atributo cognitivo ou técnico, mas um constructo complexo, atravessado por experiências pessoais, relações interpessoais e contextos culturais. Assim, é essencial que os currículos formativos criem oportunidades para que essas experiências sejam mobilizadas, discutidas e integradas ao processo de aprendizagem, por meio de estratégias como supervisão reflexiva, rodas de conversa e relatos de experiência ^[22].

Ao considerar as dimensões avaliadas pelo MSQ de forma integrada, observa-se um perfil formativo que mistura avanços e limitações. Se por um lado os estudantes demonstram elevada sensibilidade em aspectos como respeito à autonomia e significado moral, por outro ainda enfrentam dificuldades relevantes em temas como reconhecimento da equipe multiprofissional e enfrentamento de dilemas éticos. Essa ambivalência aponta para a necessidade de reformas curriculares mais profundas, que integrem transversalmente a ética à prática clínica e incentivem a construção de uma identidade profissional ética desde os primeiros momentos da graduação.

A simples inserção de disciplinas formais sobre bioética, por si só, não garante uma formação ética consistente. O desafio central está em modificar a lógica institucional que molda as práticas pedagógicas e influencia diretamente as relações estabelecidas entre estudantes, docentes e pacientes ^[23]. A construção de uma identidade moral sólida exige a presença de experiências formativas significativas e mediadas por educadores sensíveis à dimensão ética da prática clínica. Fortes ^[10] destaca que a ética precisa estar no centro das

relações de ensino-aprendizagem e não como um conteúdo periférico ou de baixa relevância [24].

O currículo oculto continua sendo um dos principais desafios à consolidação da ética na formação médica. Esse processo de transmissão informal de normas, valores e atitudes no ambiente educacional [8,13], explica como o currículo oculto influencia a sensibilidade moral dos estudantes.

Embora as diretrizes curriculares enfatizem a importância de uma prática humanizada, a vivência dos estudantes no internato ainda é permeada por atitudes de descaso, rigidez hierárquica e desvalorização do paciente. Diante dessa dissonância entre discurso e prática, muitos alunos acabam reproduzindo comportamentos tecnicistas e emocionalmente distantes, como estratégia de adaptação ao ambiente formativo.

Superar esse cenário exige que as instituições assumam um papel ativo na construção de ambientes éticos de aprendizagem. A qualificação da supervisão clínica deve ir além das competências técnicas, incorporando dimensões morais e relacionais. O preceptor, nesse contexto, precisa atuar como referência ética, promovendo interações baseadas na escuta, empatia e coerência entre discurso e prática, favorecendo o amadurecimento do julgamento moral dos estudantes [26].

A forma como a formação ética é avaliada também merece atenção. Em grande parte das instituições médicas, os conteúdos relacionados à ética ainda são submetidos a provas objetivas, o que revela uma desconexão entre o instrumento avaliativo e a natureza subjetiva e processual da sensibilidade moral. Métodos como portfólios, estudos de caso e escritas reflexivas possibilitam uma abordagem mais condizente com os propósitos formativos, ao promoverem análise crítica e envolvimento pessoal [27].

A inserção precoce dos estudantes em ambientes clínicos, acompanhada de tutoria constante, pode contribuir para um aprendizado mais integrado. Essa prática permite que os conteúdos teóricos sobre ética ganhem concretude e se articulem com os desafios reais da profissão [28].

A reflexão ética na formação em saúde ganha profundidade quando construída em espaços interprofissionais, onde estudantes de distintas áreas trocam vivências, percepções e valores. Essa interação favorece não apenas o reconhecimento da complexidade do cuidado, mas também fortalece

competências relacionais e sensibilidade moral, como mostram estudos recentes [29].

Cabe às instituições formadoras não apenas atualizar seus conteúdos curriculares, mas também criar contextos pedagógicos que estimulem nos estudantes uma postura ética comprometida com as demandas sociais. Essa tarefa envolve o fortalecimento de políticas de acolhimento, o cuidado com a saúde mental e o enfrentamento de práticas que reproduzem abusos de poder e desigualdade nas relações formativas. Incumbe ressaltar que o desenvolvimento da sensibilidade moral não se dá apenas em momentos de crise ética. Pequenas atitudes cotidianas — como respeitar o tempo do paciente, escutá-lo com atenção ou reconhecer a contribuição de um colega — são oportunidades preciosas de aprendizado ético e devem ser valorizadas no processo formativo [30].

Nesse contexto, a ética da alteridade proposta por autores como Emmanuel Lévinas e Paul Ricoeur pode trazer contribuições significativas. Ela propõe uma postura ética centrada no reconhecimento da vulnerabilidade do outro e na responsabilidade incondicional por seu bem-estar, rompendo com a lógica utilitarista e instrumental que ainda marca parte da formação médica [31].

A aplicação do MSQ em estudantes de medicina revelou dimensões da formação ética até então pouco exploradas. Os resultados não apenas indicam fragilidades, mas também apontam potencialidades que podem ser fortalecidas por intervenções pedagógicas adequadas. A continuidade desse tipo de investigação, aliada à implementação de estratégias educacionais baseadas em evidências, pode contribuir decisivamente para a formação de profissionais mais humanos, conscientes e preparados para lidar com os dilemas éticos do cuidado em saúde.

A análise dos dados do MSQ sugere que a formação da sensibilidade moral em nossa amostra de estudantes de medicina é multifacetada, pois fatores como práticas tecnicistas, falta de espaços dialógicos e o currículo oculto atuam em conjunto. Os resultados revelaram tanto potencialidades quanto fragilidades no desenvolvimento ético dos futuros médicos. Embora demonstrem familiaridade conceitual com os fundamentos da ética médica, os alunos ainda encontram obstáculos para vivenciar esses valores na rotina dos estágios clínicos.

A predominância de práticas tecnicistas, a escassez de espaços dialógicos e a influência do currículo oculto dificultam a construção de uma postura ética encarnada na relação com o outro. Para ser efetiva, a formação ética não deve se limitar a conteúdo teórico desvinculado da realidade clínica. A sensibilidade moral emerge de experiências concretas, encontros com pacientes, trocas com colegas e posicionamento diante de conflitos éticos reais [55], e cabe às instituições promover condições que garantam vivências capazes de consolidar uma ética atuante no fazer cotidiano, e não apenas no discurso.

O MSQ demonstrou-se eficaz como instrumento diagnóstico e pode ser incorporado em avaliações longitudinais da formação ética. Estudos futuros poderiam explorar sua aplicação em diferentes etapas da graduação e em contextos interdisciplinares, de modo a compreender melhor a evolução da sensibilidade moral ao longo do tempo.

CONCLUSÃO

Com esta pesquisa, foi possível concluir que a formação da sensibilidade moral em estudantes de medicina é um fenômeno complexo e multifacetado, que não se resume à transmissão de conceitos teóricos, mas depende de uma confluência de elementos estruturais, pedagógicos e relacionais. Observou-se que, embora os discentes tenham demonstrado familiaridade conceitual com os princípios da ética médica, barreiras como a prevalência de práticas excessivamente tecnicistas, a escassez de espaços dialógicos e a força do currículo oculto impedem a incorporação plena desses valores no cotidiano dos estágios clínicos.

A aplicação do Moral Sensitivity Questionnaire (MSQ) comprovou-se eficaz como instrumento diagnóstico, permitindo identificar tanto potencialidades quanto fragilidades no desenvolvimento ético dos futuros profissionais. Essa ferramenta revelou que certas dimensões por exemplo, o respeito à autonomia do paciente que tendem a apresentar índices mais altos de sensibilidade, enquanto outras, como o conhecimento profissional aplicado ao contexto ético, demandam maior integração com reflexões sobre valores e responsabilidades.

Em face desses achados, fica evidente que a simples inclusão de disciplinas de bioética no currículo não basta: é preciso articular teoria e prática

de forma inseparável. É possível destacar ainda, que o internato, etapa crucial na construção da identidade profissional, deve ser repensado como um espaço formativo completo, que transcenda a rotina técnica e favoreça vivências éticas efetivas.

Recomenda-se, portanto, a adoção de metodologias ativas tais como, estudo de casos reais, portfólios reflexivos, discussão em grupo e simulações baseadas em dilemas clínicos e aliados a supervisão qualificada por educadores sensíveis às dimensões morais da prática. Assim como, a promoção de experiências interprofissionais e a criação de ritmos regulares de feedback qualitativo podem fortalecer a capacidade dos estudantes de reconhecer, verbalizar e lidar com conflitos éticos de maneira consciente e empática.

Do ponto de vista institucional, torna-se imperativo garantir respaldo administrativo e estrutural por meio de políticas de formação continuada de docentes, apoio à pesquisa educacional e incentivos à inovação pedagógica de modo a cultivar um ambiente em que os valores da medicina humanizada sejam vivenciados de forma genuína. A avaliação da sensibilidade moral, por sua vez, deve ser contínua e formativa, complementando avaliações objetivas com instrumentos que capturem a subjetividade e o processo de elaboração ética, como entrevistas semiestruturadas e portfólios de decisões clínicas.

Reconhecemos que o presente estudo foi limitado pelo número de participantes e pela ausência de significância estatística em algumas variáveis, o que reforça a necessidade de ampliar a amostra e incorporar abordagens qualitativas em investigações futuras. Também se sugere a realização de estudos longitudinais para acompanhar a evolução da sensibilidade moral ao longo de toda a graduação e, assim, avaliar o impacto real de intervenções pedagógicas específicas.

Logo, a formação de médicos éticos e sensíveis não pode mais ser encarada como um ideal abstrato ou opcional; ela é requisito essencial para o enfrentamento das complexidades humanas, sociais e morais inerentes ao cuidado em saúde. Que os achados aqui apresentados sirvam de subsídio para a reformulação curricular, para o fortalecimento de práticas pedagógicas inovadoras e, sobretudo, para a consolidação de uma cultura educacional médica mais justa, empática e transformadora. Só assim estaremos dando um

passo decisivo na preparação de profissionais verdadeiramente comprometidos com a dignidade e o bem-estar dos pacientes.

REFERÊNCIAS

1. Rios, Izabel Cristina (2010). Humanidades e Medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1): 1725-1732.
2. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/pnsp/legislacao/resolucoes/rces003_14.pdf/view. Acesso em: 23 out. 2024.
3. Rego, S.; Gomes, A. P.; Batista, R. S (2008). Bioética e humanização como temas transversais na formação ética. *Revista Brasileira de Educação Médica*. 32 (4). <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000400011>
4. Araujo, V. P. C. (2018). O conceito de currículo oculto e a formação docente. *Revista de Estudos Aplicados em Educação*, 3(6). Disponível em: https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_estudos_aplicados/article/view/5341. Acesso em: 24 out. 2024.
5. Yasin JCM, Barlem ELD, Barlem JGT, Silveira RS, Dalmolin GL, Andrade GB. The ethical dimension of problems faced in general medicine: relationship with moral sensitivity. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2020;28:e3309. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4033.3309>.
6. Machado, C. D. B., Wuo, A., & Heinzle, M. (2018). Educação Médica no Brasil: uma Análise Histórica sobre a Formação Acadêmica e Pedagógica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 42(2), 38–45.
7. Neves, N. M. B. C, et al, Conhecimento em ética médica entre estudantes de medicina em Salvador. *Rev. Bioét.* 28 (2) • Apr-Jun 2020 <https://doi.org/10.1590/1983-80422020282393>
8. Hafferty, F. W. (1998). Beyond curriculum reform: confronting medicine's hidden curriculum. *Academic Medicine*, 73(4), 403–407.
9. Passos, M. C. P., Fortes, P. A. C., & Ramos, F. R. S. (2016). O currículo oculto e a formação moral de estudantes de medicina. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 20(59), 357–368.
10. Fortes, P. A. C. (2004). Ética e humanização na saúde: o resgate da sensibilidade. *Revista Bioética*, 12(2), 45–54.

11. Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2010). *Princípios de ética biomédica*. 6. ed. São Paulo: Loyola.
12. Schallenberger CD, Tomaschewski-Barlem JG, Barlem ELD, Rocha LP, Dalmolin GL, Pereira LA. Moral sensitivity components identified among nurses from Intensive Care Units. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2019;72(Suppl 1):2-8. [Thematic Issue: Work and Management in Nursing]. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0202>.
13. Cruz, M. C. M., et al. (2017). Ensino médico e currículo oculto: a percepção de estudantes sobre a formação ética. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 41(3), 460–468.
14. Schaefer, R., et al. (2020). Educação médica e competências éticas: a influência do currículo oculto. *Revista Bioética*, 28(1), 60–70.
15. Ferreira, L. O., & Silveira, D. T. (2015). Formação ética e currículo oculto em medicina: uma revisão. *Saúde em Debate*, 39(106), 490–502.
16. Ramos, F. R. S., et al. (2018). Competência ética no cuidado em saúde: dilemas na formação e no cotidiano profissional. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 22(64), 723–734.
17. Junges, J. R., Schaefer, R., Lopes, P. P. S., Altíssimo, F. C., Ferreira Ribeiro da Silva, F., Pesenti Coral, G., et al. (2024). Educação médica e formação ética: revisão de escopo. *Revista Bioética*, 32. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/revista_bioetica/article/view/3851. Acesso em: 21 dez. 2024.
18. Vilela, A. A., & Barreto, I. C. H. C. (2016). Formação médica: uma análise do processo ensino-aprendizagem da ética e bioética no currículo médico. *Interface*, 20(56), 485–495.
19. Silva, M. J. P. (2015). *Comunicação em saúde*. 2. ed. São Paulo: Loyola.
20. Botti, S. H. M., & Rego, S. (2011). Conflitos morais e sofrimento ético em profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 111–116.
21. Barlem, E. L. D., et al. (2013). Sofrimento moral em estudantes da área da saúde: uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(2), 477–483.
22. Ramos, F. R. S., Brehmer, L. C. F., Vargas, M. A. O., & Schneider, D. G. (2018). Competência moral em profissionais de saúde: um estudo bibliométrico. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(2), e2410017.
23. Rego, S., Palácios, M., & Schramm, F. R. (2009). Bioética, vulnerabilidade e desigualdade: questões éticas na saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1121–1129.

24. Henkemans, O. B. (2017). Professional Identity Formation in Medical Students: Considerations for Educators. *Medical Teacher*, 39(3), 254–260.
25. Ribeiro, M. (2019). *Praticando humanização*. Editora Fiocruz. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/jxmbp/pdf/ribeiro-9788575416710.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2024.
26. Fortes, P. A. C., & Zoboli, E. L. C. P. (2007). Sensibilidade moral de profissionais da atenção primária à saúde. *Revista Bioética*, 15(1), 43–51.
27. Zoboli, E. L. C. P., & Fortes, P. A. C. (2006). Sensibilidade moral de enfermeiros e médicos: estudo em serviços de atenção primária em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(4), 568–575.
28. Ramos, F. R. S., Brehmer, L. C. F., & Vargas, M. A. O. (2016). O sofrimento ético no cotidiano da enfermagem hospitalar: percepção de profissionais. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(1), e2190014.
29. Rego, S., & Palácios, M. (2010). Formação ética dos profissionais da saúde: o desafio da sensibilidade moral. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), 396–404.
30. Lima, C. A., et al. (2020). Currículo oculto e a formação do profissional da saúde: desafios e possibilidades. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 24, e190662.
31. Costa, R., & Gonçalves, L. H. T. (2006). O significado de saúde e doença para o aluno de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 96–103.
32. Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2005). *Análise multivariada de dados*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman.
33. Gonçalves, F. C., et al. (2019). A sensibilidade moral em profissionais da saúde: construção e validação de instrumento. *Revista Bioética*, 27(3), 580–590.
34. Zoboli, E. L. C. P. (2010). Ética e competência moral: proposta para um modelo educacional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 973–977.
35. Ramos, F. R. S., et al. (2014). Sensibilidade moral na enfermagem: desenvolvimento e validação do MSQ. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 123–128.
36. Tonhom, S. F., & Maroco, J. (2018). Adaptação cultural e validação do questionário de sensibilidade moral para estudantes brasileiros. *Revista Bioética*, 26(1), 44–52.
37. Barlem, E. L. D. (2021). Sofrimento moral em profissionais de saúde: implicações para a formação. *Revista Enfermagem UERJ*, 29, e60312.

38. Silva, E. P., & Souza, R. C. (2016). Currículo oculto na escola médica: uma abordagem crítica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 40(3), 465–472.
39. Antunes, J. M. A. (2015). A formação ética na educação médica: desafios e perspectivas. *Revista de Bioética*, 23(2), 321–329.
40. Souza, M. F., & Gazzola, J. M. (2017). A ética na prática clínica: experiências de estudantes de medicina. *Interface*, 21(63), 171–183.
41. Tavares, C. M. M., & Dias, R. S. (2019). Currículo oculto e ensino médico: reflexões contemporâneas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 43(4), 29–35.
42. Rego, S. (2003). A ética no ensino médico: entre o currículo formal e o oculto. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 13(1), 111–123.
43. Rest, J. R. (1986). *Morality*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
44. Valsechi, M. A., et al. (2022). O impacto do currículo oculto na formação de competências éticas: percepções de estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 46(1), e123456.
45. Bordignon, S. S., et al. (2020). Formação ética no ensino médico: tensões entre teoria e prática. *Revista de Educação Médica*, 44(2), e102837.
46. Lunardi, V. L., et al. (2016). A construção da ética profissional no cotidiano da formação em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, 25(1), e1320015.
47. Rego, S. (2010). Formação ética e currículo oculto na prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(1), 39–46.
48. Fortes, P. A. C. (2002). O exemplo como conteúdo do ensino da ética na formação médica. *Revista Bioética*, 10(2), 95–102.
49. Ferreira, A. G., et al. Cultural Adaptation and Validation of the Moral Sensitivity Questionnaire Among Brazilian Nurses. *Texto & Contexto – Enfermagem* [on line], 2021, v 30, e20190266. Disponível em <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0266>. Epub 05 maio 2021. ISSN 1980-265X
50. Rosa JD, Schneider DG, Brehmer LCF, Dalmolin GL, Rodrigues SABO, Amadigi FR. Sensibilidade moral de enfermeiros em um hospital universitário do sul do Brasil. *Rev Gaúcha Enferm.* 2025;46:e20240308. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2025.20240308.pt>
51. Amiri E, Ebrahimi H, Areshtanab HN, Vahidi M, Jafarabadi MA. The relationship between nurses' moral sensitivity and patients' satisfaction with the care received in the medical wards. *J Caring Sci.* 2019;9(2):98-103. <https://doi.org/10.34172/jcs.2020.015>

52. Gerone, L. G. T. A Competência Moral e a Religiosidade e Espiritualidade. In: BATAGLIA, P. U. R.; ALVES, C. P.; PARENTE, E. M. P. P. R. Estudos sobre competência moral: propostas e dilemas para discussão. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2022. p. 191-208. DOI: <https://doi.org/10.36311/2022.978-65-5954-220-8.p191-208>.
53. Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
54. Lempp, H., & Seale, C. (2004). The hidden curriculum in undergraduate medical education: Qualitative study of medical students' perceptions of teaching. *BMJ*, 329(7469), 770–773.
55. Branch, W. T. (2000). The ethics of caring and medical education. *Academic Medicine*, 75(2), 127–132.