

Análise da sensibilidade ética em estudantes de duas faculdades de medicina da cidade de São Paulo

Analysis of ethical sensibility of medical students in two medical schools in the city of São Paulo [Brazil]

Marina Tommasini Carrara de Sambuy¹, Nathalia Pessoa de Barros¹, Renata de Melo Nogueira¹, Ligia Andrade da Silva Telles Mathias², José Alvaro Marques Marcolino¹

Resumo

Introdução: Alguns estudos têm alertado para a importância do ensino da ética na formação dos estudantes de medicina. As pesquisas sugerem que há uma diminuição da sensibilidade ética e uma inibição no desenvolvimento do raciocínio moral dos estudantes ao longo da graduação em medicina. **Objetivos:** Medir e comparar a sensibilidade ética em uma amostra de estudantes de duas escolas de medicina da cidade de São Paulo [Brasil]. **Material e Método:** Foi selecionado de maneira randomizada e convidado a participar do estudo um total de 25 alunos de cada ano da graduação das duas escolas médicas. Os estudantes responderam a um questionário de dados sócio-demográficos e a uma escala de avaliação da sensibilidade ética. **Resultados:** De trezentos alunos selecionados para o estudo foram recolhidas 266 (88,7%) avaliações, sendo 133 (50%) de cada faculdade. A comparação entre os casos-vinheta de número um, três, quatro e para a soma (teste de Mann-Whitney) mostrou que a pontuação da Faculdade A foi significativamente maior do que da Faculdade B (teste de Mann-Whitney $p < 0,05$). A comparação (teste de Mann-Whitney) da soma dos casos em todos os anos da

graduação mostrou que a pontuação da Faculdade A foi significativamente maior do que da Faculdade B para o segundo ($p=0,033$), para o terceiro ($p=0,015$) e para o quarto ano ($p=0,028$). Para o primeiro ano ($p=0,062$), para o quinto ($p=0,054$) e o sexto ano ($p=0,203$) não houve diferença estatística. **Discussão:** O aumento na sensibilidade ética com a progressão no curso médico contraria os dados da literatura. Pode haver uma associação entre maior sensibilidade ética e a estrutura curricular das faculdades que enfatizam aspectos psico-sociais ao longo da formação do estudante. Esses achados podem reforçar a proposta de que os currículos nas faculdades de medicina devam contemplar o estudo e a discussão de questões éticas durante toda a graduação.

Descritores: Ética; Estudantes de medicina; Educação médica; Humanidades.

Abstract

Introduction: Several authors have shown the importance of ethics studies for the training of medical students. The researches suggest a decrease in the ethics sensibility and impairment in the moral development of the moral reasoning of medical students throughout the undergraduate years. **Purpose:** To measure and compare the ethics sensibility of medical students in a sample of students of two medical schools in the city of São Paulo [Brazil]. **Material and Method:** A random sample of 25 students for each year in each of the two medical schools was selected and invited to participate in the research. Students responded a questionnaire of social-demographic data and a scale of ethics sensibility evaluation. **Results:** Of three hundred students of the sample were selected 266 (88.7%) evaluations, 133 (50%) from each school. The comparison analysis for cases-vignettes number one, tree, four and for the total score (Mann-Whitney test) demonstrated that the school A results were significantly higher then the school B

¹ Aluna do terceiro ano da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

² Professora Adjunto do Departamento de Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

³ Professor Adjunto do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Este trabalho fez parte do: Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica / Conselho Nacional de Pesquisa - PIBIC-CNPq; 2004/2005

Endereço para correspondência: José Alvaro Marques Marcolino. Rua Monte Alegre, 428, conjunto 53 - CEP. 05040-000 - São Paulo - SP. Fone/Fax: (11)3875.1715

E-mail: alvaromarcolino@uol.com.br

(Mann-Whitney $p < 0.05$). The comparison of the total score of the cases (Mann-Whitney test) of all the grades at undergraduate level was also significantly higher for school A than for school B, with the following percentages: 2nd grade: ($p=0.033$); 3rd grade: ($p=0.015$), and 4th grade: ($p=0.028$). As for the 1st grade ($p=0.062$), for the 5th grade ($p=0.054$), and for the 6th grade ($p=0.203$) no statistically significant difference was found. Discussion: The increase in the ethics sensibility with progression of medical course denies the literature data. It may have occurred an association between greater ethics sensibility and the curricular structure of the schools which emphasize psycho-social aspects throughout the school years. These findings may reinforce the proposal for medical schools to maintain the discussion of ethics issues throughout the undergraduate years.

Keywords: Ethics; Students, medical; Education, medical; Humanities

1. Introdução

Alguns estudos¹⁻³ têm alertado para a importância que o ensino da ética tem na formação dos estudantes de medicina e as escolas médicas têm oferecido novos e extensos programas de ética médica para seus alunos⁴. Os temas ensinados abrangem um vasto campo de questões, passando pelo estudo dos princípios morais da ética médica, como a beneficência, a não maleficência, o respeito à autonomia e à justiça e pela discussão para aplicação prática na clínica, abordando a análise de problemas morais como os que envolvem problemas como a eutanásia, a confidencialidade dos atos médicos, a suporte de vida e a recusa de tratamento^{5,6}.

Alguns cientistas sociais têm reforçado a evidência de que a formação em medicina pode afetar as crenças sobre normas morais e a afetar a identidade pessoal dos estudantes^{7,8}. Desse ponto de vista, a educação médica é percebida como um processo onde ocorre uma interpenetração de culturas com valores morais diferentes, conduzindo a um tipo de socialização do estudante, concluído não só através do que é ministrado no curso formal, mas também mediante a existência de um currículo informal⁹.

As pesquisas que abordam esse tema e realizada em países de língua anglo-saxã sugerem que durante o progresso no treinamento médico ocorre uma diminuição nas habilidades éticas dos estudantes¹⁰⁻¹⁴. Outras avaliações mostraram haver uma diminuição na sensibilidade ética dos estudantes¹⁵, além de uma inibição do desenvolvimento do raciocínio moral¹⁶⁻²⁰.

Avaliações realizadas com estagiários de medicina também levantaram uma preocupação a respeito

dos efeitos da chamada desumanização da educação médica e somada aos outros estudos referidos acima, têm contribuído para várias propostas de reformas do ensino médico^{21,22}. Em um levantamento, aproximadamente metade dos estudantes pesquisados relatou que se sentem pressionados a agir de uma maneira não-ética²³. Em outro levantamento com 665 estudantes do terceiro e quarto anos constatou-se que 62% deles sentem que seus princípios éticos têm sido seriamente desgastados ou têm desaparecido²⁴. Esta situação não parece melhorar quando a educação médica se completa²⁵.

À luz do crescimento dos conceitos sobre ética médica é importante ter uma melhor compreensão das divergências entre uma natural progressão do raciocínio moral que viria com a maturidade pessoal ou através do processo educacional por si só, incluindo medidas pedagógicas tomadas para promover habilidades éticas e prevenir degradação observada durante a educação médica. Muitos autores têm tentado compreender estas divergências procurando meios para intervir durante a educação médica^{24,25}.

Instrumentos de avaliação

Vários instrumentos têm sido desenvolvidos para avaliar aspectos da percepção da solução de problemas éticos, como as habilidades para entender conceitos, para construir argumentos racionais e reconhecer problemas morais^{15,26}. Outros autores têm focado a avaliação de aspectos específicos como a sensibilidade às necessidades dos outros ou empatia²⁶⁻²⁸. O raciocínio moral também tem sido avaliado baseado nos estágios morais²⁹. Outros investigam quais valores são mais relevantes ao se experimentar dilemas morais³⁰. Outros instrumentos têm focalizado os estágios do desenvolvimento moral e da escolha de valores^{30,31}.

Estudo com estudantes de medicina de Toronto

Um grupo de pesquisadores da Universidade de Toronto³¹ resolveu avaliar um dos requisitos básicos para uma resposta ética na prática clínica: a habilidade em reconhecer a existência de um problema moral. Esses autores chamaram essa habilidade de sensibilidade ética e a definiram como uma capacidade para discernir em uma situação clínica, quais questões merecem considerações com conteúdo moral.

Usando essa interpretação, a sensibilidade ética não requer que um problema ou conflito exista. Não se refere à capacidade de fazer julgamentos clínicos eticamente defensáveis, também não se refere a resolver problemas éticos, a analisar conceitos, chegar a conclusões ou prover justificativa para uma ação.

O estudo original¹⁵ foi produzido com cinco ca-

sos-vinhetas. Após uma revisão um novo instrumento foi criado contendo quatro dos cinco casos-vinhetas originais. As respostas foram sustentadas pelos conceitos da autonomia, da beneficência e da justiça, correspondendo aos três princípios fundamentais da ética descritos na literatura de bioética. Embora Beauchamp e Childress⁵ identificassem um quarto princípio, o da não-maleficência, os autores decidiram que a classificação das respostas em três domínios era melhor do que em quatro.

Foi criado um padrão-ouro de respostas e de pontuação, através de um consenso dos cinco membros do grupo de trabalho original.

Estudo com estudantes da Santa Casa de São Paulo

O mesmo instrumento utilizado pelos pesquisadores do Canadá também foi utilizado em um estudo que teve como objetivo medir a sensibilidade ética em uma amostra de estudantes de medicina obtida em todos os anos da graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo – Brasil³².

Foi selecionada uma amostra de 25 alunos de cada ano um dos seis anos da graduação e solicitado que avaliassem a presença de questões éticas presentes em quatro casos-vinhetas. De um modo geral, foi observado um aumento na sensibilidade ética dos alunos à medida da progressão dos anos da graduação, com exceção de uma pequena redução nos alunos do terceiro ano. Foi observado também que os alunos mais velhos mostraram uma maior sensibilidade ética e que não houve diferenças em relação ao sexo e à escolha de especialidades.

O aumento na sensibilidade ética encontrado nessa amostra de estudantes da Santa Casa contraria os dados da literatura internacional, que sugere haver uma redução da sensibilidade ética durante o treinamento médico. Esse achado encorajou o desenvolvimento de uma segunda etapa de trabalho, onde possa ser avaliada se os mesmos resultados voltam a ser encontrados em uma nova amostra de estudantes de duas escolas de medicina da cidade de São Paulo.

2. Objetivos

Os objetivos do presente estudo foi:

- Medir e a comparar a sensibilidade ética de uma amostra de estudantes de duas Faculdades de Medicina da cidade de São Paulo.

3. Material e Método

Seleção

Foram selecionados e convidados a participar do

estudo um total de 25 alunos de cada um dos seis anos de graduação em medicina de duas Faculdades de Medicina da cidade de São Paulo. A escolha dos alunos foi feita de maneira aleatória. A partir da lista de presença de cada ano da graduação, emitida pelas faculdades, foram escolhidos os alunos através da lista de números randômicos.

Instrumentos

1. *Dados sócio-demográficos* composto pelos seguintes dados: ano da graduação, sexo, cor, idade, estado civil, naturalidade, possível escolha de especialidade no futuro, escolaridade paterna e materna, tipo de escola no ensino médio, aprendizado de ética, aprendizado do relacionamento médico-paciente e religiosidade.

2. *Instrumento de avaliação da sensibilidade ética* que foi o instrumento traduzido e utilizado para a avaliação da sensibilidade ética na primeira etapa deste trabalho, finalizada em 2003.

Procedimentos

Depois do projeto ter sido aprovado pelas Comissões de Ética das Faculdades envolvidas no estudo, para cada um dos alunos selecionados de maneira randomizada foi esclarecido os objetivos e os procedimentos que envolviam sua participação. Para cada um deles foi solicitado seu consentimento informado.

Cada estudante selecionado que concordou em participar do estudo respondeu ao questionário de dados sócio-demográficos e ao instrumento de avaliação da sensibilidade ética (anexo 1).

Análise

As respostas obtidas nos questionários foram pontuadas de acordo com o modelo fornecido pelo padrão ouro (anexo 2).

Cada questionário foi analisado separadamente por dois autores e nos casos em que houve divergência, uma terceira pessoa estabeleceu um consenso entre eles.

Os dados obtidos foram codificados e transportados para o sistema computacional *SPSS for Windows*³³. Foram obtidas as frequências de cada variável sócio-demográfica para o total da amostra. O mesmo foi produzido para a pontuação obtida em cada caso-vinhetas e para o total dos casos.

O teste não paramétrico de Mann-Whitney³⁴ foi usado para a comparação da pontuação obtida em cada caso-vinhetas e para o total em relação às duas faculdades. O intervalo de confiança utilizado foi de

95% e os valores considerados significativos, quando o índice de p foi $< 0,05$.

4. Resultados

Dados sócio-demográficos

De um total de trezentos alunos escolhidos e convidados para participar do estudo foram recolhidas 266 (88,7%) avaliações, sendo 133 (50%) de cada faculdade. Os dados sócio-demográficos podem ser observados na tabela 1.

Com relação ao tipo de escola freqüentada pelos

alunos durante o ensino médio a grande maioria (mais de 85%) dos alunos estudou em escolas privadas. Quanto ao grau de escolaridade dos pais foi observado a grande maioria deles (mais de 70%) tinha superior completo (tabela 2).

A distribuição dos alunos por especialidades mostrou que na Faculdade A, 33 (24,8%) alunos não definiram a escolha, 35 (26,3%) optaram por cirurgia, 22 (16,6%) por clínica médica, 16 (12%) por ortopedia, 8 (6%) ginecologia e obstetrícia, 8 (6%) pediatria e 11 estudantes (8,3%) optaram por outras 6 especialidades. Na Faculdade B, 32 (24,1%) alunos não definiram a escolha, 31 (23,3%) optaram por cirur-

Tabela 1

Dados sócio-demográficos

Variável	Faculdade A	Faculdade B
	N = 133	N = 133
	Média (DP) N (%)	Média (DP) N (%)
Idade	22,3 (2,33)	22,2 (1,40%)
Sexo		
Masculino	85 (63,9%)	80 (60,2%)
Feminino	47 (35,3%)	53 (39,8%)
Cor		
Branco	113 (85%)	97 (72,9%)
Negro		1 (0,8%)
Pardo/mulato	4 (3%)	12 (9%)
Amarelo	16 (12%)	22 (16,5%)
Indígena		1 (0,8%)
Naturalidade		
São Paulo-capital	93 (69,9%)	87 (65,4%)
São Paulo-interior	31 (23,3%)	32 (24,1%)
São Paulo-litoral	2 (1,5%)	3 (2,3%)
Outros estados	6 (4,5%)	10 (7,5%)
Outros países	1 (0,8%)	1 (0,8%)
Estado civil		
Solteiro	131 (98,5%)	130 (97,7%)
Casado	1 (0,8%)	2 (1,5%)
Amasiado	1 (0,8%)	1 (0,8%)

Tabela 2

Escolaridade

Variável	Faculdade A	Faculdade B
	N = 133	N = 133
Escolaridade - pai		
Superior completo	118 (88,7%)	101 (75,9%)
Ensino médio completo	9 (6,8%)	25 (18,8%)
Ensino médio Incompleto	6 (4,5%)	7 (5,3%)
Escolaridade - mãe		
Superior completo	103 (77,4%)	94 (70,7%)
Ensino Médio completo	24 (18,1%)	30 (22,5%)
Ensino Médio Incompleto	6 (4,5%)	9 (6,8%)
Tipo de escola - ensino médio		
Toda em escola privada	118 (88,7%)	114 (85,7%)
Toda em escola pública	5 (3,8%)	12 (9%)

gia, 34 (25,6%) por clínica médica, 6 (4,5%) por ortopedia, 4 (3%) ginecologia e obstetrícia, 3 (2,3%) pediatria e 23 estudantes (17,2%) optaram por outras 6 especialidades.

Com relação ao aprendizado sobre a relação médico-paciente ao longo do curso, 108 (81,2%) alunos da Faculdade A responderam que ele se deu na maioria das disciplinas por meio da interação efetiva com o paciente. Na Faculdade B, 76 (57,1%) também relataram que ele se deu na maioria das disciplinas por meio da interação efetiva com o paciente, 23 (17,3%) disseram o aprendizado se deu na maioria das disciplinas, embora na presença do paciente, a interação com o paciente era, exclusivamente, do professor e 26 (19,5%) apontaram para o aprendizado em várias disciplinas, em geral na ausência do paciente.

Quanto à vivência do comportamento ético ao longo do curso, 91 (68,4%) alunos da Faculdade A relataram que ele se deu nas relações com pacientes em ambulatório, enfermaria, etc., 15 (11,3%) em decisões em sala de aula, 10 (7,5%) nas relações com colegas, equipe, corpo administrativo, 8 (6%) com familiares dos pacientes e 8 (6%) com a comunidade e o público em geral. Na Faculdade B, 83 (62,4%) alunos relataram que ele se deu nas relações com pacientes em ambulatório, enfermaria, etc., 20 (15%) em decisões em sala de aula, 17 (12,8%) nas relações com colegas, equipe, corpo administrativo, 4 (3%) com familiares dos pacientes e 9 (6,8%) com a comunidade e o público em geral.

Com relação à religiosidade dos alunos avaliados, 98 (73,7%) alunos da Faculdade A disseram que tinham religião, 103 (77,4%) disseram que eram pouco ou moderadamente religiosos e 63 (47,7%) dos alunos estudaram em escolas religiosas. Na faculdade B, 94(70,7%) disseram que tinham religião, 102 (76,7%) eram pouco ou moderadamente religiosos e 50 (37,6%) estudaram em escolas religiosas.

Dados dos casos-vinheta

Foi obtida a média do número de questões éticas identificadas pelos alunos de cada Faculdade em cada caso-vinheta (tabela 3).

Tabela 3
Questões éticas identificadas por caso-vinheta em cada faculdade

	Faculdade A - N=133 Média (DP)	Faculdade B - N=133 Média (DP)
Caso 1	2,10 (0,91)	1,8 (0,79)
Caso 2	2,0 (0,97)	1,84 (0,97)
Caso 3	2,09 (1,34)	1,45 (1,38)
Caso 4	1,95 (1,03)	1,50 (1,03)
Soma	8,14 (3,14)	6,59 (2,68)

Soma: número de questões de todos os casos-vinheta
DP: Desvio-Padrão

A comparação entre os casos de número um, três, quatro e para a soma (teste de Mann-Whitney) mostrou que a pontuação da Faculdade A foi significativamente maior do que da Faculdade B (teste de Mann-Whitney $p < 0,05$). Para o caso 2 não houve diferença estatística (teste de Mann-Whitney $P=0,053$).

Foi obtida também, a média do número de questões éticas identificadas em cada caso-vinheta pelos alunos de cada ano da graduação de ambas as Faculdades (tabela 4 e Gráfico 1).

A comparação da soma dos casos (teste de Mann-Whitney) em todos os anos da graduação mostrou que a pontuação da Faculdade A foi significativamente maior do que da Faculdade B para o segundo ($p=0,033$), para o terceiro ($p=0,015$) e para o quarto ano ($p=0,028$). Para o primeiro ano ($p=0,062$), para o quinto ($p=0,054$) e o sexto ano ($p=0,203$) não houve diferença estatística.

Tabela 4
Questões éticas identificadas por caso-vinheta em cada ano por faculdade

	Faculdade A casos					Faculdade B casos				
	1	2	3	4	soma	1	2	3	4	soma
1ºano	1,82	1,64	1,95	1,86	7,27	2,0	1,91	0,86	1,68	6,45
2ºano	2,05	2,09	1,55	2,05	7,73	1,57	1,67	1,0	1,52	5,76
3ºano	2,26	2,17	2,09	2,0	8,52	1,90	1,76	1,62	1,24	6,52
4ºano	2,29	2,00	2,29	1,90	8,48	1,67	1,76	1,29	1,67	6,38
5ºano	2,19	2,24	2,67	2,10	9,19	1,7	1,96	2,26	1,48	7,41
6ºano	2,0	1,88	2,04	1,79	7,71	1,95	1,95	1,48	1,38	6,76

Soma: número de questões de todos os casos-vinheta

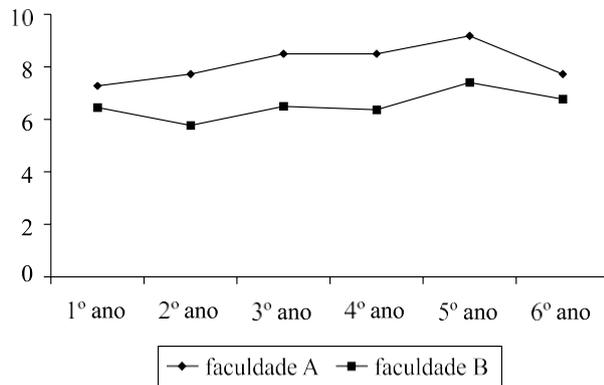


Gráfico 1 - Média da soma dos casos-vinheta por ano da graduação por faculdade

5. Discussão

Dados sócio-demográficos

A amostra de estudantes de medicina das duas faculdades apresenta características semelhantes, ou seja, é constituída por adultos jovens com idade de cerca de 22 anos, na sua maioria são homens, brancos, solteiros e naturais da cidade de São Paulo. Esses dados são comparáveis àqueles encontrados³⁵ em avaliação realizada pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), por ocasião do Exame Nacional dos Cursos de Medicina – ano 2002, onde também foi encontrada uma maioria de estudantes do sexo masculino (55,1%), de solteiros (90,1%) e da cor branca (80,6%).

Há alguma importância na avaliação de dados como sexo e idade. Primeiro há uma discussão emergente na literatura sobre a mudança na distribuição de homens e mulheres nas últimas décadas nas faculdades de medicina^{36,37}. Se há alguns anos atrás havia um número muito maior de homens cursando as faculdades, hoje há quase que uma igualdade entre ambos os sexos. Uma maior participação de mulheres nas faculdades pode implicar numa mudança de valores e atitudes.

Quanto à faixa etária a diferença encontrada entre alunos mais velhos em relação aos mais jovens é importante ter uma melhor compreensão das divergências entre a natural progressão do raciocínio moral que vem com a maturidade e educação, incluindo medidas pedagógicas tomadas para promover habilidades éticas. Alguns autores têm tentado compreender estas divergências para intervir durante a educação médica²⁵⁻²⁷.

Com relação ao tipo de escola freqüentada pelos alunos durante o ensino médio, o mesmo levantamento do MEC³⁵ também mostrou que os estudantes são oriundos de escolas privadas em sua grande maioria

(73,2%). No que se refere à escolaridade dos pais há um número percentual maior das faculdades de São Paulo quando comparada a das outras escolas do país que atingiu índices de 55%.

A distribuição dos alunos por especialidades mostrou dados semelhantes nas duas faculdades quando se computou os alunos que não haviam definido a escolha da especialidade e quanto aos que haviam escolhido cirurgia, mas mostrou diferenças importantes quando se observou a escolha por clínica médica, por ortopedia, por ginecologia e obstetrícia e por pediatria. Essas diferenças podem refletir diferenças ligadas aos currículos das duas faculdades, mas também a aspectos ligados a uma certa tradição que cada centro de ensino vai desenvolvendo ao longo dos anos, com relação a uma ou outra especialização.

O aprendizado sobre a relação médico-paciente ao longo do curso em ambas as faculdades se deu fundamentalmente por meio da interação efetiva com o paciente, embora na Faculdade B houve uma referência menor a esse contato e a uma maior interação com o paciente por intermédio do professor ou por vezes, o aprendizado se deu na ausência do paciente.

Observa-se que na Faculdade A há uma tendência maior da experiência ética se desenvolver na relação com pacientes em ambulatório, enfermaria e nas relações com familiares dos pacientes. Esse aspecto pode estar refletindo estruturas curriculares diferentes, onde a Faculdade A pode colocar seus alunos em contato mais direto com os pacientes do que a outra faculdade.

Com relação à religiosidade dos alunos não se observou diferença significativa entre as duas faculdades. Esse aspecto é importante, pois a religiosidade poderia se constituir numa característica pessoal anterior a formação médica. Caso haja uma diferença da sensibilidade ética entre as duas faculdades, neste estudo não é possível atribuí-la a religiosidade.

Dados dos casos-vinheta

De modo geral, houve um aumento gradual na sensibilidade ética dos alunos de ambas as faculdades, a medida da progressão dos anos da graduação. Esse dado difere substancialmente da tendência encontrada no trabalho de Hebert¹⁵ usando o mesmo instrumento de avaliação, onde se observou um aumento na sensibilidade ética do primeiro para o segundo ano e um declínio para o terceiro ano e um maior ainda para os alunos do quarto ano.

Os dados do nosso estudo contrariam também os achados da literatura sobre esse tema que sugerem que durante o treinamento médico ocorre uma diminuição nas habilidades éticas dos estudantes¹⁰⁻¹⁴, uma inibição do raciocínio moral¹⁷⁻²⁰ e percepção dos estudan-

tes do desgaste de seus princípios éticos durante o treinamento médico.

Essa questão é de fundamental importância na medida que pode reforçar a proposta de que os currículos nas faculdades de medicina devem contemplar o estudo e a discussão de questões ao longo de toda a graduação.

Em estudo conduzido na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo em 2003³² vários fatores poderiam estar associados ao aumento na medida da sensibilidade ética dos alunos. O primeiro deles pode se relacionar à estrutura da própria instituição. A Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa funciona junto do Hospital Central da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, um tradicional centro de benemerência da cidade que funciona sem fins lucrativos e onde os recursos obtidos são revertidos no atendimento e tratamento aos pacientes que o procuram. Os professores da faculdade são em sua maioria pertencentes ao corpo clínico do hospital e procuram passar aos alunos a tradição de dar à pessoa que sofre (paciente) a atenção e o atendimento humano compatível com os ideais da instituição e que são próprios da profissão médica.

Um segundo fator pode estar ligado a estrutura curricular do curso de medicina. Desde o início da graduação os alunos da Santa Casa freqüentam as enfermarias do hospital, onde são ministradas aulas de enfermagem e de propedêutica clínica. Esse contato precoce com o ambiente clínico permite que o aluno vá desde o início de seu curso formando sua identidade como médico. Esse modelo curricular parece engendrar uma forte dinâmica de aprendizado teórico e prático na formação dos alunos, envolvendo aspectos clínicos e aspectos psico-sociais o que pode estar intimamente ligado a um gradual aumento na sensibilidade de percepção de questões éticas. O suporte ao aluno é dado pela forte presença curricular de disciplinas ministradas pelo Departamento de Medicina Social, pelo Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica e pelo Departamento de Clínica Médica.

Um terceiro fator pode estar ligado ao ensino da bioética durante os seis anos da graduação. O programa atual dá relevância principalmente aos aspectos da conduta ética do médico nos problemas por ele enfrentado em seu dia a dia, salientando sempre o forte cunho de sentido humanístico próprio da tradição médica. Os temas estão distribuídos de modo a acompanhar os assuntos vivenciados pelo aluno ao longo do curso.

Ao se comparar o total da amostra de estudantes de ambas as faculdades para as respostas aos casos de número um, três, quatro e para a soma ficou evidente uma maior sensibilidade às questões éticas da

Faculdade A em relação à faculdade B. Quando se comparou a pontuação ano a ano da graduação essa diferença foi significativa para o segundo, terceiro e quarto ano.

Limitações do Estudo

Na verdade há vários razões para interpretar nossos dados com cuidado. A primeira delas pode estar relacionado a se tratar de um estudo transversal, onde não foi analisada a sensibilidade ética do mesmo aluno no decorrer do seu curso médico.

Uma segunda razão para interpretar nossos achados com cuidado encontra-se no instrumento que foi usado. Competência em assuntos éticos requer uma análise multi-dimensional. A ética deveria ser avaliada em três áreas: conhecimento, atitudes e comportamento³⁸. Como foram usados casos-vinheta para avaliar a sensibilidade ética dos estudantes de Medicina, estes parecem endereçar a avaliação somente ao componente cognitivo da ética: a capacidade em reconhecer um problema ético.

A vantagem prática do uso de casos-vinheta é que a maneira de investigar parece mais perto da realidade clínica do que, por exemplo, dar aos estudantes testes de múltipla escolha. Este modelo também é consistente com o renascimento da argumentação casuística em bioética³⁹.

Uma questão empírica não respondida é se há qualquer uma correlação entre analisar um caso-vinheta com problemas éticos e a performance ética na prática. As questões filosóficas não respondidas envolvem aspectos gerais e particulares. A questão geral é: podemos de fato "medir" um atributo como a sensibilidade ética? A questão mais particular se relaciona com os nossos resultados: o que poderia ser considerado como uma "boa" resposta no caso-vinheta? Os estudantes que identificaram mais assuntos possuem um mérito maior que seus colegas?

Nós partimos do princípio de que uma ação apropriada na prática requer alguma habilidade em reconhecer problemas éticos. Se existe uma falha em reconhecer um assunto ético, existe uma menor aptidão em ser sensível às nuances da sua resolução. A relação entre conhecimento e prática é grande e uma pessoa muita entendida em qualidade moral de maneira abstrata pode falhar completamente ao lidar com ela na prática. Isto porque, um comportamento moral requer habilidades pertinentes, atitudes e virtudes.

6. Conclusão

As conclusões do presente estudo foram:

- Houve um aumento gradual na sensibilidade ética dos alunos de ambas as faculdades.

- A sensibilidade ética da Faculdade A foi maior do que da Faculdade B, quando se considerou o total da amostra estudada.
- A comparação da soma dos casos mostrou que a pontuação da Faculdade A foi significativamente maior do que da Faculdade B para o segundo, para o terceiro e para o quarto ano.
- Esse achado contraria os dados da literatura que sugerem que durante o treinamento médico ocorre uma diminuição nas habilidades éticas dos estudantes, uma inibição do raciocínio moral e percepção dos estudantes do desgaste de seus princípios éticos durante o treinamento médico.

7. Referências bibliográficas

1. Miles SH, Lane LW, Bickel J, Walker RM, Cassel CK. Medical ethics education: coming of age. [Review] *Acad Med* 1989; 64:705-14.
2. Culver CM, Clouser KD, Gert B, Brody H, Fletcher J, Jonser A, et al. Basic curricular goals in medical ethics. *N Engl J Med* 1985; 312:253-6.
3. Fox E, Arnold RM, Brody B. Medical ethics education: past, present, and future. *Acad Med* 1995; 70:761-9.
4. Caellegh AS, Lane LW, Miles SH, editors. Special issue: teaching medical ethics. *Acad Med* 1989; 64:699-764.
5. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1989. 448p.
6. Roberts LW, Warner TD, Green Hammond KA, Brody JL, Kaminsky A, Roberts BB. Teaching medical students to discern ethical problems in human clinical research studies. *Acad Med* 2005; 80:925-30.
7. Berseth CL, Durand R. Evaluating the effect of a human values seminar series on ethical attitudes toward resuscitation among pediatric residents. *Mayo Clin Proc* 1990; 65:337-43.
8. Self DJ, Baldwin DC Jr, Wolinsky FD. Evaluation of teaching medical ethics by moral reasoning. *Med Educ* 1992; 26: 178-84.
9. Hafferty FW, Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education. *Acad Med* 1994; 69: 861-71.
10. Barnitt RE. Deeply troubling questions: the teaching of ethics in undergraduate courses. *Br J Occup Ther* 1993; 56: 401-6.
11. Crandall SJ, Volk RJ, Loemker V. Medical student's attitudes toward providing care for the underserved. Are we training socially responsible physicians? *JAMA* 1993; 269:2519-23.
12. Shorr AF, Hayes RP, Finnerty JF. The effect of a class in medical ethics on first-year medical students. *Acad Med* 1994; 69: 998-1000.
13. Osborn E. Punishment: a story of medical educators. *Acad Med* 2000; 75: 241-4.
14. Ypinazar VA, Margolis SA. Western medical ethics taught to junior medical students can cross cultural and linguistic boundaries. *BMC Med Ethics* 2004;5: E4.
15. Hebert PC, Meslin EM, Dunn EV. Measuring the ethical sensitivity of medical students: a study at the University of Toronto. *J Med Ethics* 1992; 18:142-7.
16. Caldicott CV, Faber-Langendoen K. Deception, discrimination, and fear of reprisal: lessons in ethics from third-year medical students. *Acad Med* 2005;80:866-73.
17. Self DJ, Wolinsky FD, Baldwin DC Jr. The effect of teaching medical ethics on medical student's moral reasoning. *Acad Med* 1989; 64: 755-9.
18. Self DJ, Schrader DE, Baldwin DC Jr, Wolinsky FD. The moral development of medical students: a pilot study of the possible influence of medical education. *Med Educ* 1993; 27:26-34.
19. Self DJ, Olivarez M, Baldwin DC Jr. Moral reasoning in medicine. In: Rest JR, Narvaez D, editors. *Moral development in the professions: psychology and applied ethics*. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 1994. p. 147-62.
20. Self DJ, Baldwin DC Jr. Does medical education inhibit the development of moral reasoning in medical students? A cross-sectional study. *Acad Med* 1998; 73 (suppl 10): S91-3.
21. Patenaude J, Niyonsenga T, Fafard D. Changes in students' moral development during medical school: a cohort study. *CJMA* 2003; 168: 840-4.
22. Roff S, Preece P. Helping medical students to find their moral compasses: ethics teaching for second and third year undergraduates. *J Med Ethics* 2004; 30:487-9.
23. Hicks KL, Lin Y, Robertson DW, Robinson LD, Woodrow IS. Understanding the clinical dilemmas that shape medical students' ethical development: questionnaire survey and focus group study. *BMJ* 2001; 322:709-10.
24. Christakis DA, Feudtner C. Ethics in a short white coat: the ethical dilemmas that medical students confront. *Acad Med* 1993; 68: 249-54.
25. Doctors and patients: flying apart? [Editorial]. *BMJ* [on line serial] 2001; [cited 2003 Dec 12] 323; 20 oct Available from: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/323/7318/0>
26. Hulka BS, Kupper LL, Cassel KC, Thompson SJ. A method for measuring physician awareness of patient concerns. *HSMHA Health Report* 1971; 86:741-51.
27. Bebeau MJ, Rest JR, Yamoer CM. Measuring dental students' ethical sensitivity. *J Dent Educ* 1985; 49:225-35.
28. Kohlberg L. *Essays on moral development. v.2: The psychology of moral development: moral stages, their mature and validity*. San Francisco: Harper & Row; 1984.
29. Stolman CJ, Doran RL. Development and validation of a test instrument for assessing value preferences in medical ethics. *J Med Educ* 1982; 57:170-9.
30. Rezler AG, Schawartz RL, Obenshain S.S, Lambert P, Gibson J, Bennahum DA. Assessment of ethical decisions and values. *Med Educ* 1992; 26:7-16.
31. Hebert P, Meslin EM, Dunn EV, Buirn N, Reid SR. Evaluating ethical sensitivity in medical students: using vignettes as an instrument. *J Med Ethics* 1990; 16:141-5.
32. Silva JTN, Miranda D, Marcolino JAM, Muñoz DR. Medida da sensibilidade ética em estudantes de medicina: um estudo na Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo. *Rev Bras Educ Med* 2005; 29:103-9.
33. Norussis MJ. SPSS for windows. Professional statistics. Release 6.0. Chicago: Statistical Package for the Social Sciences; 1993.
34. Siegel J. *Estatística não paramétrica para as ciências do comportamento*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil; 1981.
35. Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. [on line] [citado em 14 de janeiro 2004] Exame Nacional dos Cursos de Medicina - ano 2002. Disponível em: www.inep.gov.br/superior/provao.
36. Wright BV. Being female in medical school. Observations of a counselor. [Review] *J Fla Med Assoc* 1996; 83:498-501.
37. Fitzpatrick KM, Wright MP. Gender differences in medical school attrition rates 1973-1992. *J Am Womens Assoc* 1995; 50:204-6.
38. Norman G. Can an examination predict competence? The role of recertification in maintenance of competence. *Ann R Coll Physicians Surg Can* 1991;24:121-4.
39. Arras JD. Getting down to cases: the revival of casuistry in bioethics. [Review] *J Med Philos* 1991;16:29-51.

Data de recebimento: 19/01/2006

Data de Aprovação: 15/03/2006

ANEXO 1

Instrumento de avaliação

Prezado colega,

Você está recebendo este formulário de pesquisa, que consta de quatro casos-vinhetas. Gostaríamos que você lesse com atenção cada caso e que tentasse identificar neles a existência de algum problema(s) ético.

Logo abaixo de cada caso existe um espaço em branco para que você liste o(s) possível (possíveis) problema(s) ético(s) encontrado(s).

Agradecemos o tempo dispensado. Sua participação é fundamental para realização de nossa pesquisa.

Caso-vinhetas 1

Um senhor de 58 anos de idade sofreu uma hemorragia extremamente grande no lado esquerdo de seu cérebro e necessita de suporte de vida e intervenção cirúrgica para sobreviver. Anteriormente ele havia discutido com você e com a família dele que jamais gostaria de ser colocado num suporte de vida. Entretanto, a esposa quer que tudo seja feito pelo seu marido.

Caso-vinhetas 2

Você visita uma senhora de 82 anos que o chamou na casa dela. Até então ela era saudável e independente. Há cinco semanas, ela vem se deteriorando: está acamada, perdeu peso e está levemente delirante. Você acha necessário que ela vá para um hospital para uma melhor investigação do caso. Ela recusa inflexivelmente.

Caso-vinhetas 3

Um paciente seu de 24 anos, casado, com três filhos, sem qualquer sintoma, fez alguns exames de sangue como parte de uma investigação de seguro. Os resultados mostraram que ele é um HIV positivo (é portador do vírus da AIDS).

Caso-vinhetas 4

Senhor Silva é um viúvo hospitalizado de 45 anos de idade. Exames mostram que ele tem um tumor maligno de pulmão que é inoperável. Ele provavelmente morrerá nos próximos seis meses. Ele apresenta uma história pregressa de depressão e atualmente está em uso de drogas antidepressivas. Os filhos adultos dele disseram a você que ele não lida bem com más notícias e pediram que sob nenhuma circunstância ele fosse informado desse diagnóstico. As enfermeiras acreditam que ele não somente é capaz de entender as implicações dos resultados dos exames, mas também acreditam que ele deve ser informado de tudo.

ANEXO 2

Padrão ouro para esquema de pontuação

1. Paciente que sofreu AVC

Autonomia: três pontos

- O desejo previamente expresso do paciente
- Relevância do desejo da família (consentimento substituto)
- Paciente pode ter sido temporariamente contra o suporte de vida

Beneficência: dois pontos

- O desejo da mulher como sendo a expressão dos melhores interesses do paciente

• Risco versus benefício da intervenção (suporte de vida).

Justiça: dois pontos

- Idade do paciente
- Custo

TOTAL: sete pontos

2. Senhora idosa em casa

Autonomia: quatro pontos

- Direito do paciente competente em tomar suas decisões de risco ou recusar terapia
- Direito à privacidade ou a ficar sozinho
- Necessidade de avaliar esta competência do paciente
- Procurar por outros (família) que possam dar o consentimento substituto

Beneficência: três pontos

- Dever de salvar aqueles do risco de danos
 - Benefícios da hospitalização versus danos
 - Fato de ser melhor para o paciente ser tratado em casa
- Justiça: dois pontos
- Recursos apropriados de localização dos idosos
 - Deslealdade para com os outros se ela for tratada em casa (carga para os familiares) ou em um hospital (pode se tornar um leito "bloqueado")

TOTAL: nove pontos

3. Paciente HIV

Autonomia: dois pontos

- Dever de confidencialidade
- Direito de privacidade.

Beneficência: dois pontos

- Direito da esposa em tomar conhecimento e proteger sua saúde

- Prevenção de danos às outras pessoas ou à sociedade.

Justiça: dois pontos

- Qualquer ponderação sobre as confidências do paciente ou autonomia contra o direito dos outros de serem protegidos de danos

TOTAL: seis pontos

4. Paciente com tumor pulmonar

Autonomia: cinco pontos

- Direito do paciente à informação
- Obrigação profissional em revelar
- Necessidade em avaliar a competência do paciente
- Aplicabilidade das normas profissionais contra decepção
- Visão das enfermeiras versus a da família sobre os direitos do paciente

Beneficência: dois pontos

- Peso dos riscos da revelação
- "Não causar danos"

TOTAL: sete pontos

SOMA DAS QUATRO VINHETAS: 29 pontos